

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

143

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles VILLANDRE

Né à Falaise (Calvados), le 13 juillet 1879
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien aide d'anatomie à la Faculté

ANÉVRISMES

DE

L'ARTÈRE HÉPATIQUE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1911

143

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles VILLANDRE

Né à Falaise (Calvados), le 13 juillet 1879

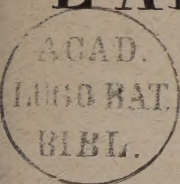
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien aide d'anatomie à la Faculté

ANÉVRISMES

DE

L'ARTÈRE HÉPATIQUE



Président : M. CHANTEMESSE, *professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
Clinique médicale	ROGER
	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR RENDU

(In memoriam)

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUN

(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR CUFFER

(In memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Internat provisoire

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRATIQUE

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE

ANÉVRISMES
DE
L'ARTÈRE HÉPATIQUE

INTRODUCTION

Au cours de notre année d'internat, dans le service du Dr TUFFIER, nous avons eu l'occasion de voir et d'étudier un ictère chronique par compression des voies biliaires extra-hépatiques dû au développement dans le ligament duodéno-hépatique d'un anévrisme de l'artère hépatique.

Quand notre maître opéra ce malade, il n'avait nullement songé à ce diagnostic, et je me souviens encore de son étonnement en découvrant une tumeur arrondie, de consistance ferme, qui, ouverte, fit apercevoir des caillots concentriques. M. Tuffier n'hésita pas à lier l'artère hépatique comptant sur des voies collatérales d'apport artériel pour rétablir la circulation. Il était évident que chez notre patient le tronc de l'artère hépatique n'apportait que peu ou pas de sang au foie, on devait donc extirper

la tumeur comprimant les voies biliaires et compter sur la vascularisation par collatérales.

Immédiatement nous fûmes tenté par l'étude de ce sujet : la ligature de l'artère hépatique est-elle possible, ou mieux le vaisseau nourricier du foie peut-il être suppléé. Cette possibilité est, en effet, de tout premier ordre, puisqu'elle permet au chirurgien d'intervenir utilement contre l'anévrisme, et les graves complications qu'entraîne son évolution. En fouillant la littérature médicale, nous avons trouvé des cas d'anévrisme en nombre plus considérable que nous ne l'espérions et nous avons pu ainsi faire une étude d'ensemble dont les conclusions sont intéressantes d'abord au point de vue pratique immédiat, qui est le diagnostic et le traitement, et au point de vue spéculatif qui comporte l'étude de la pathogénie et de la physiologie pathologique. Nous avons, en outre, expérimenté sur le chien la ligature du vaisseau nourricier du foie et nos expériences n'ont fait que confirmer les travaux antérieurs des physiologistes contemporains.

HISTORIQUE

L'histoire des anévrismes de l'artère hépatique est relativement récente ; c'est, en effet, en 1833, que SESTIÉ en présente, à la Société anatomique, le premier cas indiscutable.

Avant lui, en 1820, le Dr Keraudren communiquait une observation complète de SAINT-VINCENT, difficile aujourd'hui à classer parmi les ruptures artérielles ou les anévrismes rompus.

L'auteur s'exprime ainsi : « La masse énorme de sang, en partie coagulé et en partie fluide, située entre les circonvolutions intestinales, fut reconnue dépendre de la rupture récente... des tuniques... internes et moyennes des vaisseaux... transversalement et largement fendillées et gerçées, tandis que la tunique celluleuse était demeurée intacte. » Le cadavre ne portait aucune trace de violence. Cette observation passa inaperçue puisque le jour où Sestié présenta à la Société anatomique son anévrisme de la branche droite de l'artère hépatique, CRUVEILHIER dit ne pas connaître de cas semblables, lui qui avait pourtant observé deux cas d'anévrismes de l'artère splénique.

En 1834, paraît une nouvelle observation de STOCKES

accompagnée d'un grand luxe de détails cliniques. En 1847, CRISP dans son remarquable travail *On structure diseases and injuries of the blood Vessels* citait un nouveau cas.

Ensuite se succèdent les observations de LEDIEU (1856), BABINGTON (1856), WALLMANN (1858), LEBERT (1858) GARDNER, cité par le précédent (1858), KAUFMANN (1868), UHLIG (1868), QUINCKE (1871), STANDHARTNER (1875), ROSS et OSLER (1877), IRWINE (1877), BORCHERS (1878), DRASCKE (1880), HESCHL, cité par le précédent, WEINLECHNER (1882), CHIARI (1883), CATON (1893), WHITE (1892), SACHS (1892), AHRENS (1893), SAUERTEIG (1893), SCHMIDT (1894), NIEWERTH (1894), MESTER (1895), SAINTON (1896), HANSSON (1897), BRION (1901), SOMMER (1902), SOMMER (2^a observation 1902), KEHR (1903), GRUNERT (1904), SOJECKI (1904), DE VECCHI (1905), ALESSANDRI (1906), WAETZOLD (1906), LIVIERATO (1906), TUFFIER (1907), BICKHARDT et SCHUMANN (1907) (2 cas), W. ROLLAND (1908), REICHMANN (1908).

Ce qui porte à 44 le nombre connu des anévrismes de l'artère hépatique.

Des travaux d'ensemble et des statistiques ont été déjà publiés sur la question: nous citerons ceux de DRASCKE, MESTER, SOMMER, KEHR, GRUNERT, ALESSANDRI, à l'étranger; en France: l'article de LANCEREAUX dans le *Traité des Maladies du foie et du pancréas* et la thèse de BERNARD inspirée par SAINTON. DE DOMINICIS, ARTAUD et BUTTE, COHNHEIM et LITTEN, DOYEN et DUFOURT, JANSSON, DUJARRIER et CASTAIGNE ont pratiqué sur les animaux la ligature du vaisseau nourricier du foie.

ÉTIOLOGIE

Le tout petit nombre d'anévrismes de l'artère hépatique montre que ce vaisseau est, moins que tout autre, exposé à cette grave affection. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'étudier ici les *causes prédisposantes*, mais bien plutôt les conditions qui mettent le vaisseau à l'abri des lésions endartérielles. On ne peut malheureusement faire que des hypothèses et songer à sa situation profonde, à sa protection contre le traumatisme assurée de tous côtés, à son absence de rapports avec les parties rigides du squelette.

Quoi qu'il en soit l'anévrisme s'observe *surtout chez les hommes*. La proportion est de 28 hommes pour 10 femmes. L'affection prédomine chez les *sujets jeunes*, avant vingt-cinq ans, ainsi que le prouve la statistique suivante :

De 15 à 25 ans.....	12 fois
25 à 35 »	10 »
35 à 45 »	5 »
45 à 55 »	4 »
55 à 65 »	3 »
65 à 75 »	2 »
75 à 80 »	1 »
Au-dessus de 80 »	1 »

L'étiologie est fort simple, pour LANCEREAUX ; puisque, dit-il en substance : les lésions de l'artère ressemblent aux lésions circonscrites des artères cérébrales, elles « proviennent vraisemblablement d'un même processus pathologique : or, la *syphilis* étant la cause ordinaire des artérites circonscrites de l'encéphale, il est à croire que cette maladie est également la cause ordinaire de l'obstruction circonscrite de l'anévrisme et de la rupture spontanée de l'artère hépatique ».

Cette opinion est trop exclusive en effet :

1° La syphilis n'est signalée, parmi les antécédents personnels des malades, qu'en une seule observation, celle de WAETZOLD. Il est vrai que, dans ce dernier cas, le rôle de la syphilis est parfaitement net puisque l'examen des parois anévrismales et artérielles a permis de constater l'existence de processus gommeux. L'auteur n'a malheureusement pas retrouvé de spirochète.

2° Le maximum de fréquence de l'anévrisme étant entre quinze et vingt-cinq ans, il faudrait admettre une syphilis exceptionnellement rapide et grave, évoluant à l'insu du malade et de son entourage et ne laissant d'autres traces de son passage qu'une artérite aiguë, suivie d'anévrisme de l'artère hépatique.

M. Lancereaux reconnaît d'ailleurs que la syphilis ne doit pas être toujours incriminée. Il songe au *paludisme* et cite à ce propos le cas d'une jeune fille qui ayant eu les fièvres intermittentes dans son pays succomba à Paris, à des hématomèses avec melœna, déterminées par un anévrisme du tronc cœliaque, avec obstruction complète du calibre du

vaisseau. Nous pouvons rapprocher cette observation, tirée du *Traité de Médecine pratique* de GENDRIN, de l'observation de PEARSON IRWINE, concernant un malade mort d'anévrisme et ayant présenté plusieurs attaques de fièvres intermittentes. Malheureusement ce dernier malade était aussi porteur d'un *abcès du foie* et c'est sur une branche de l'artère hépatique courant le long des parois de l'abcès que l'anévrisme, analogue aux anévrismes de Rasmussen, s'était développé.

L'alcoolisme ne peut non plus être regardé comme une cause très importante; deux malades seulement, ceux de SAINT-VINCENT et LEDIEU, présentent exclusivement l'alcoolisme dans leurs antécédents.

La tuberculose est relevée comme unique antécédent dans le cas de HESCHL, mais dans le cas SCHUMANN, n° 1, le rôle de la tuberculose est tout à fait précis. L'artère hépatique a sans doute subi une usure de dehors en dedans par le tissu granulo-tuberculeux, appartenant à un *ganglion tuberculeux* du hile, ou bien elle s'est ouverte dans une cavité tuberculeuse préformée comme cela s'observe dans les anévrismes de Rasmussen. En effet, l'examen macroscopique du foie permet de constater l'existence de granulations tuberculeuses sur le côté gauche, l'examen microscopique : l'existence de *tubercules dans la paroi du sac anévrisimal*, et dans le tissu hépatique sur le trajet de branches artérielles.

SCHUMANN rappelle que l'érosion d'artères de fort calibre, par des processus tuberculeux avoisinants, a été observée plusieurs fois (KAMEN, 1895) : Rupture de l'aorte par processus tuberculeux, pas d'anévrisme; HENSSEN (1900) a décrit

un cas d'anévrisme de l'aorte abdominal consécutif à un abcès tuberculeux péri-cæcal.

Plus intéressante est la recherche de l'*athérome* parmi les observations ; on ne trouve cette affection signalée que dans les cas de BINDO DE VECCHI et TUFFIER. Il s'agissait de vieillards de soixante-dix-neuf et quatre-vingt-trois ans dont le dernier avait aussi dans ses antécédents une affection aiguë grave, une pneumonie à soixante-quinze ans.

En résumé, *syphilis*, *paludisme*, *alcoolisme*, *tuberculose* et *athérome* ne peuvent être cités en première ligne dans la pathogénie de l'affection. Au contraire, on doit accorder la plus large part aux *maladies infectieuses*. Si HALE WHITE avait eu comme nous la possibilité de lire 44 observations, il eût rayé de son mémoire la phrase suivante :

« Je ne chercherai pas à élucider les causes de ces anévrismes, mais ils ne me semblent pas être d'origine infectieuse. » En effet, il suffit de lire le tableau suivant pour être convaincu que l'anévrisme de l'artère hépatique, maladie des hommes jeunes, succède le plus souvent à une infection aiguë :

Cas de Lebert. — Fièvre typhoïde, trois ans avant.

- Quincke. — Fièvre typhoïde, un mois avant.
- Standhartner. — Pneumonie (au déclin).
- Irwine. — Dysenterie.
- Borchers. — Ostéomyélite aiguë.
- Weinlechner. — Ostéomyélite aiguë.
- Hale Wite. — Pneumonie droite.

Cas de Ahrens. — Ostéomyélite du fémur.

— Sauerteig. — Pneumonie (récente).

— Sainton. — Fièvre typhoïde (deux ans avant).

— Hansson. — Ostéomyélite aiguë.

— Brion. — Fièvre typhoïde (six semaines avant).

— Sommer. — Trois pneumonies.

— Kehr. — Pleurésie aiguë (deux ans avant).

— Grünert. — Pneumonie (pendant la convalescence).

— De Vecchi. — Pneumonie (chez un athéromateux).

— Alessandri. — Pneumonie (pendant la convalescence).

— Livierato. — Pneumonie droite (quatre ans auparavant) et broncho-pneumonie gauche.

— Bickhardt (obs. II). — Ostéomyélite aiguë.

On voit combien reviennent souvent la *fièvre typhoïde*, la *pneumonie*, l'*ostéomyélite aiguë* parmi les facteurs de notre affection. Il est vraisemblable que chacune de ces infections, susceptible de se localiser à l'endartère, détermine au niveau des tuniques des lésions d'artérite aiguë. Ces lésions peuvent évoluer, soit lentement aboutissant à la formation d'un anévrisme après une échéance plus ou moins longue, soit au contraire très rapidement. Dans le premier cas, l'anévrisme présentera d'épaisses parois avec des coagulations concentriques, successives ; dans le second cas, il sera petit et ses parois seront minces, friables, et leur déchirure sera des plus faciles.

A ce propos, nous citerons une observation qui, bien que s'éloignant par certains côtés de notre sujet, n'en vient pas moins étayer notre thèse. Étant externe dans le service du professeur CHANTEMESSE, nous avons assisté à

l'évolution d'un de ces anévrismes d'origine infectieuse : un homme jeune, à la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, fut pris brusquement de douleurs très vives dans l'épaule droite, accompagnées de tuméfaction de l'aisselle et de la base du cou, le tout accompagné des signes d'hémorragie interne. Le malade mourut en quelques heures après plusieurs accès de suffocation. A l'autopsie on trouva un tout petit anévrisme rompu de l'artère axillaire, au point où naît l'artère mammaire externe. Le sac à parois extrêmement minces semblait de formation récente.

Nous trouvons à propos de l'artère hépatique un cas tout à fait analogue, celui d'ALESSANDRI dont l'examen histologique a été fait par le professeur SCHUPFER : dans la partie proximale de l'anévrisme s'observait surtout de la *péri-artérite*. Dans la partie distale, prédominaient les lésions d'*endarterite* et de *mésarterite*. Il y avait une forte hyperplasie des différentes tuniques avec infiltration de cellules embryonnaires à l'intérieur des petits vaisseaux veineux et artériels. Un des points les plus importants de l'examen microscopique fut la constatation dans la partie la plus épaissie de la paroi de plusieurs points d'infiltration hémorragique près desquels l'endothélium était soulevé ou déchiré. C'est par suite de ces infiltrations qu'un second anévrisme plus petit s'était développé et avait attaqué les voies biliaires.

Schupfer insiste ensuite sur ce fait qu'il n'y avait pas dans la tunique moyenne de foyers de nécrose produits par des « enfoncements, irradiations » de la surface interne des vaisseaux, qui, suivant certains auteurs, sont caractéristiques d'endarterite syphilitique.

Schupfer a cherché si des germes infectieux n'existaient pas dans les tuniques anévrismales, il n'en a pas trouvé ; aussi fait-il deux hypothèses : ou que l'infection a frappé primitivement l'endartère provoquant une érosion et une ulcération, ou que *l'infection est venue par les vasa vasorum* infiltrer et dégénérer d'emblée la tunique moyenne et que l'endartère frappée secondairement s'est ensuite décollée et ulcérée, facilitant ainsi la formation rapide d'un anévrisme et sa perforation consécutive. En admettant cette seconde hypothèse, on s'explique la rapidité d'évolution de l'anévrisme.

S'il est incontestable que l'infection sous forme d'artérite est la principale cause d'anévrisme de l'artère hépatique, il est non moins vrai que dans certains cas cette infection ne peut être en aucune façon relevée dans les antécédents, Le *traumatisme* a été incriminé par certains auteurs (BRUNO MESTER, SOMMER, SAUERTEIG, BRION, DE VECCHI, SCHMIDT, CHIARRI). Mais il faut bien distinguer trois variétés de traumatismes : 1° les traumatismes violents de la région du foie tels que coups de pieds de cheval (Bruno Mester), chute sur l'hypochondre droit (Sommer) ; 2° les petits traumatismes répétés, dus à la profession des malades (foreur de Brion) ; 3° les traumatismes causés par les calculs biliaires, comprimant surtout l'artère hépatique ou une de ses branches (Schmidt, Chiari).

Pour ce qui a trait au premier groupe, il y a lieu de se demander si le traumatisme n'a pas tout simplement agi en favorisant la rupture d'un anévrisme préexistant. En effet, le malade de Sommer souffrait bien avant sa chute de douleurs épigastriques très vives, douleurs qui pou-

vaient fort bien être causées par un anévrisme en évolution.

Quant au foreur de Brion, il était atteint d'une fièvre typhoïde à la sixième semaine, il est donc vraisemblable que les petits traumatismes répétés dus à sa profession n'ont agi que comme cause prédisposante.

Enfin, les calculs biliaires ne sont pas seulement des agents d'irritation mécanique, ils favorisent encore l'infection des voies biliaires et par extension celle des vasa vasorum de l'artère hépatique.

Donc en résumé c'est surtout à des phénomènes d'infection aiguë qu'est imputable l'anévrisme de l'artère hépatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les anévrismes ne *siègent* pas indistinctement sur tous les points de l'artère hépatique. Autant que permettent de le constater les descriptions anatomiques, il semble bien que ce soit surtout dans le petit épiploon que se développe la tumeur. C'est dans cette région du bord duodénal du petit épiploon que l'artère hépatique donne ses principales branches collatérales. Il se peut que les microorganismes charriés par le courant sanguin s'arrêtent plus facilement au carrefour artériel déterminé par la naissance presque au même point de la pylorique et de la gastro-duodénale. Enfin, la branche de terminaison droite, qui naît souvent très bas dans l'épiploon, et qui est la plus volumineuse des deux branches de bifurcation, est aussi très fréquemment le siège de l'anévrisme ; est-ce parce qu'elle continue la courbe à concavité supérieure que décrit l'artère hépatique, ou bien au contraire parce qu'elle est en rapport intime avec le canal hépatique qui descend en avant d'elle et le canal cystique et la vésicule biliaire qui longent son flanc droit ? Les voies biliaires étant infectées, se produit-il une migration d'agents pathogènes de celles-ci sur les tuniques artérielles ?

On peut grouper les anévrismes d'après leur siège en :
1° *extra-hépatiques* et 2° *intra-hépatiques*. Les premiers
sont de beaucoup les plus nombreux ; sur 39 cas, dont le
siège est bien décrit, 35 sont *extra-hépatiques*. On peut en
donner la **statistique suivante** :

Tronc de l'artère.....	19 fois.
Br. droite de bifurcation..	8 fois.
Br. droite et tronc.....	2 fois (Sauerteig, Alessandri).
Artère cystique.....	3 fois.
Br. gauche de bifurcation:	1 fois (Irwine).
Artère gastro-duodénale..	2 fois (Sommer, Babington.)

DRASCKE signale un anévrisme développé sur une artère
hépatique anormale, née de la mésentérique supérieure.

La *forme* est celle d'un sac le plus souvent ; quelquefois
allongée, régulière ou d'autres fois bosselée, inégalè.

Le *volume* varie de celui d'une tête d'enfant ou de fœtus
(WALLMANN, TUFFIER) à celui d'une noisette (SESTIÉ) ou
d'une cerise (VECCHI) en passant par des intermédiaires.
On pourrait penser *a priori* que le volume de la tumeur
est d'une grosse importance et que, suivant qu'il se trouve
être petit, moyen ou gros, les phénomènes de compression
des organes voisins sont faibles ou très marqués.

Il n'en est rien, une dilatation considérable pouvant res-
ter longtemps inaperçue, et dissocier cependant le contenu
du ligament duodéno-hépatique. Fait très curieux, *jamais*
la veine porte n'est comprimée ; peut-être en raison de
cette tendance qu'ont tous les anévrismes à soulever le
feuillet antérieur du petit épiploon et à faire saillie dans la

grande cavité péritonéale, laissant derrière eux et à droite la veine porte.

Les *filets nerveux* accompagnant l'artère ou situés dans le petit épiploon sont facilement englobés dans la paroi du sac, même si ce dernier est petit, aussi comprend-on qu'un des symptômes les plus constants de l'affection soit la douleur. Les *voies biliaires* sont comprimées : la vésicule est de ce fait souvent distendue et les canaux biliaires apparaissent très dilatés.

Mais là ne s'arrêtent pas les compressions, le *duodénum* tout proche peut être repoussé en avant et en bas, ce qui détermine des troubles analogues à ceux que l'on observe dans la sténose pylorique (2^e cas de Sommer, Schmidt). Enfin le *pancréas* lui-même peut être comprimé et alors deux phénomènes distincts se produisent : ou bien la compression est simple, ou bien elle s'accompagne d'envahissement du tissu pancréatique par la poche anévrismale ; la sclérose interstitielle se glisse dans la tête du pancréas, étranglant les canaux excréteurs. C'est ce qui explique que dans l'observation de Tuffier l'épreuve de Sahli ait été positive.

Les *parois* du sac sont d'épaisseur variable. Le plus souvent les parois sont fort minces et ceci vient à l'appui de notre thèse que l'immense majorité des anévrismes de l'artère hépatique reconnaît comme point de départ une artérite aiguë lésant ces tuniques avec une extrême rapidité.

Quelquefois les parois sont épaisses, soudées à des *caillots*

qui remplissent le sac. Dans le cas de Tuffier la paroi était infiltrée de *plaques calcaires*.

Le contenu est tantôt du sang pur dans les sacs petits et à parois minces, tantôt aussi des caillots anciens formés de strates concentriques (Tuffier). Les caillots peuvent oblitérer complètement le vaisseau (Ledieu).

L'évolution du sac se fait le plus souvent vers la rupture (28 fois) et il se rompt soit dans les voies biliaires, soit dans le péritoine.

Dans le péritoine.....	12 fois.
le vésiculaire biliaire.....	5 »
le canal hépatique.....	4 »
le canal cystique.....	2 »
le canal cholédoque.....	3 »
la veine porte.....	1 »
le duodénum.....	1 »

Les anévrismes intra-hépatiques sont très rares, il y en a trois cas, ceux d'Irwine, Brion, Mester. L'anévrisme de Brion est constitué par 4 petites poches dont le volume varie entre celui d'un petit pois et celui d'une noix. Une des dilatations étant sans connexion avec les voies biliaires, deux autres touchaient aux conduits biliaires et le dernier s'y était arrêté.

L'anévrisme de Pearson Irwine s'était formé dans la paroi d'un abcès du foie et offrait une grande analogie avec les anévrismes de Rasmussen, des vieilles cavernes pulmonaires.

L'anévrisme de Mester est considéré par l'auteur comme étant une rupture brusque des tuniques artérielles à l'occasion d'un traumatisme.

Que devient la cellule hépatique ?

C'est seulement dans 4 observations, que nous trouvons réponse à cette question.

I. — CAS TUFFIER. — Des coupes de foie ont été pratiquées par M. le Dr MAUTÉ, et voici le résultat de ses examens :

Les lésions histologiques portent à la fois sur les tissus conjonctifs des espaces portes et sur la cellule hépatique.

1° Il existe une cirrhose porto-biliaire formée par un tissu fibreux adulte peu riche en cellules rondes, au milieu duquel on rencontre quelques cellules hépatiques isolées. Le tissu conjonctif de l'espace porte se continue sous forme de prolongements fibrillaires très tenus entre les travées hépatiques disloquées.

L'altération scléreuse ne paraît pas spécialement péri-artérielle. Les canaux biliaires et les branches intra-hépatiques de la veine porte participent d'une façon égale au processus. Il n'existe pas de néoformation de pseudo-canalicules biliaires ;

2° Les lésions prédominantes portent sur les cellules hépatiques qui en beaucoup de points sont frappées de lésions dégénératives intenses. Il n'existe plus aucune ordination de la travée, et, à côté de cellules normales, très rares, on constate de nombreuses cellules troubles, tuméfiées, avec noyau mal coloré. Plus nombreux encore sont les éléments cellulaires atrophiés, semés de granulations pigmentaires et surtout graisseuses souvent isolées au milieu d'un tissu conjonctif fibrillaire.

II. — CAS SOMMER. — Hépatite interstitielle.

III. — CAS BICKHART. — Tissu conjonctif inter-lobulaire augmenté dix fois d'épaisseur.

Canalicules biliaires dilatés, nombreux.

Cellules hépatiques atteintes de dégénérescence adipeuse, quelques-unes solitaires.

Embolies artérielles.

IV. — CAS REICHMANN. — Nécrose des 2/3 du foie. Comme dans les expériences de Jansson sur le lapin.

Le reste du tissu hépatique est étouffé par de larges bandes de tissu conjonctif.

Épaississement des vaisseaux, trois ou quatre fois.

Innombrables embolies artérielles.

Capsule de Glisson très envahie par les cellules rondes.

SYMPTOMES

Ce sont surtout des signes fonctionnels, groupés en une triade symptomatique, qui forment le tableau clinique de la maladie. La douleur, l'hémorragie dans le tube digestif, l'ictère.

Les signes physiques sont placés tout à fait au second plan ; dans bien des cas, d'ailleurs, leur recherche est rendue difficile en raison des douleurs intolérables que provoque le simple attouchement de la région hépatique.

Douleur. — C'est le symptôme constant par excellence et il est signalé dans toutes les observations, sauf dans celles de Ledieu et de Stokes. Ce dernier s'étonne, d'ailleurs, d'une pareille absence, lui qui a toujours observé des douleurs très vives dans les anévrismes de l'aorte abdominale.

La douleur est spontanée, survient par crises et présente des paroxysmes. Son intensité varie de la simple pesanteur épigastrique jusqu'à la douleur atroce. Il y a dans ces douleurs une certaine ressemblance avec la colique hépatique. Pourtant les irradiations manquent, la douleur reste localisée en des points très précis qui sont : l'épigastre, l'hypocondre droit. Dans un cas, celui d'Irwin, la douleur

siégeait au niveau de l'arc costal gauche, répondant ainsi aux lésions profondes qui consistaient en un abcès et un anévrisme intra-hépatique du lobe gauche.

Le moment d'apparition de la douleur est intéressant à constater ; c'est, le plus souvent, le premier en date de tous les symptômes. En général, cette douleur du début est faible. Si, soudain, la douleur devient intolérable, c'est que l'anévrisme se rompt soit dans le péritoine, soit dans les voies biliaires. L'hématémèse ou l'hémorragie intestinale apparaissent en même temps, et tant que dure l'écoulement par le tube intestinal, la douleur persiste.

L'explication de ce phénomène est la suivante : les voies biliaires étroites reçoivent brusquement une quantité notable de sang qui distend les conduits et se comporte comme un gros calcul cheminant vers le duodénum. La découverte dans les selles d'un caillot allongé, après l'apparition d'une douleur très vive, permet de penser que dans certains cas l'expulsion d'un simple caillot pourra déterminer ce pénible symptôme.

Dans le cas d'anévrismes intra-hépatiques (Quinke, Borchers, Brion), à petit volume, la douleur existait cependant avant la rupture de l'anévrisme. Il est vraisemblable que le tissu hépatique, serré dans la capsule de Glisson, ne supporte pas l'augmentation de volume assez rapide qu'apporte un anévrisme se développant. Cette douleur est constante, intense, avec des paroxysmes pouvant s'accompagner de crises convulsives.

La pression de l'épigastre et de l'hypocondre droit est intolérable pendant les paroxysmes. Il existe même quelquefois une véritable hyperesthésie cutanée (Lebert). Entre

les crises, la pression peut ne pas réveiller les douleurs (Wallmann).

Un caractère du symptôme est d'être intermittent. Il peut disparaître complètement pendant un certain temps, et réapparaître brusquement avec une hémorragie intestinale ou de l'ictère (cas de Quincke, Wallmann).

Hémorragie. — Les hémorragies sont moins fréquentes que les douleurs ; elles donnent lieu à deux symptômes : hématomèse, hémorragie intestinale.

En général, elles suivent les douleurs dans leur apparition. L'hémorragie intestinale est plus fréquente que l'hématomèse. Le sang qui a traversé l'intestin se présente le plus souvent sous forme de sang liquide, en quantité variant de quelques centimètres cubes à un demi-litre. Son apparition est alors très rapprochée de la crise douloureuse paroxystique qui la précède. Parfois, dans un liquide rouge sombre flottent quelques caillots sanguins, la coagulation ayant eu le temps de se produire. Enfin, le sang peut se présenter sous la forme de méléna après un séjour plus ou moins long dans l'intestin.

D'ailleurs, une même hémorragie, lorsqu'elle a été abondante, peut offrir, à elle seule, les trois modalités que nous venons de signaler.

Les hématomèses sont moins souvent observées, c'est presque toujours du sang rouge ou rouge noirâtre (Quincke) qui les constitue.

Les hémorragies ont pour caractère principal d'être récidivantes et de durer fort longtemps (Lebert : 1 mois, Quincke : 3 mois ; Pearson, Irwine : quelques semaines), et

comme elles sont souvent très abondantes, elles entraînent rapidement un état d'anémie extrême.

La cause de l'hémorragie est, dans la plupart des cas, la rupture de l'anévrisme dans les voies biliaires; sauf pour le malade de Babington chez lequel il y eut rupture dans le duodénum. Sachs a constaté une hémorragie due à des varices œsophagiennes rompues; la partie anévrismale s'était ouverte dans la veine porte.

Ictère. — L'ictère est un ictère franc, s'accompagnant des réactions urinaires classiques. Il reconnaît deux causes, la compression des voies biliaires par la tumeur, et l'obstruction des canaux par un caillot. Aussi a-t-on vu souvent l'ictère succéder à l'hémorragie (Lebert, Brion, quarante-huit heures après l'hémorragie).

Sa fréquence est moindre que celle de la douleur ou des hémorragies. Il s'accompagne de troubles gastro-intestinaux : langue saburrale, anorexie, dégoût pour les viandes et la graisse, décoloration des matières. Lorsque l'ictère est le premier grand symptôme en date, son apparition peut être précédée de vomissements alimentaires ou muqueux.

Signes physiques. — L'anévrisme étant le plus souvent de petit volume et profondément situé sous le foie, ne traduit son existence par aucun signe extérieur. Il faut que la tumeur soit considérable pour qu'elle vienne se mettre en rapport avec la paroi abdominale et soit perçue. Cela est rare et n'a été observé que par Sainton, Tuffier, Bickhardt.

À l'inspection, on notera une voussure de l'épigastre et de l'hypocondre droit. À la palpation, on pourra percevoir une tumeur arrondie, paramédiane, de consistance ferme,

faisant corps avec le foie, mobile avec lui et suivant les mouvements respiratoires. A la percussion, on constate l'augmentation en hauteur de la matité hépatique. Cette matité est due : 1° à la tumeur ; 2° dans quelques cas, à la vésicule biliaire distendue par compression du cholédoque ; 3° à la cirrhose biliaire concomitante (Wallmann, Sauerteig) ; 4° à un mécanisme rare mais curieux : la tumeur en se développant a fait basculer la glande hépatique en avant et en bas, augmentant ainsi la projection en hauteur sur les parois thoraciques et abdominales ; 5° enfin, l'hypertrophie du foie peut être due à un anévrisme intra-hépatique.

L'auscultation de l'anévrisme de l'artère hépatique n'avait jamais été pratiquée jusqu'à Bickardt. Stokes, en 1834, regrettait vivement de n'avoir pas appliqué le stéthoscope sur la tuméfaction qu'offrait son malade, dans l'hypochondre droit. Un fait le consolait, c'est que jamais, par la palpation, il n'avait senti de battements. Or, l'auscultation de l'anévrisme, pratiquée par Bickardt, a donné des indications précieuses sous forme d'un souffle systolique.

La radiographie et la radioscopie pratiquées par Kehr n'ont rien donné de précis ; elles ont cependant contribué au diagnostic en montrant l'absence de calculs.

Signes généraux. — Ils n'ont rien de bien particulier à signaler, ils sont la conséquence des hémorragies et de l'insuffisance hépatique qui survient presque fatalement. L'anémie souvent extrême se traduit par tous les symp-

tômes habituels, pâleur de la face et des muqueuses, pouls fréquent, tendance à la syncope, etc.

Marche, durée, terminaison. — Le début de l'affection est très variable ; en général, il apparaît de la manière suivante : dans la convalescence ou quelques mois après une pneumonie ou une fièvre typhoïde surviennent soit une hémorragie intestinale grave, soit des douleurs ; plus rarement, c'est un ictère. Dans la majorité des cas, l'ictère succède à l'hémorragie.

La marche de l'affection est progressive, mais présente cependant des périodes plus ou moins longues de rémissions. *La durée est toujours en rapport avec la cause de l'anévrisme ; plus l'infection a été grave, plus l'anévrisme évolue rapidement.* Au contraire, quand il s'agit d'un anévrisme développé chez un athéromateux, ce qui est exceptionnel, la durée peut être plus longue.

La mort, peut survenir en quelques jours à la suite d'hémorragies fréquemment répétées ou bien brusquement ou en quelques heures par rupture de l'anévrisme dans le péritoine. La terminaison fatale n'est d'ailleurs pas la règle. Il est des anévrismes latents qui ont été de vraies trouvailles d'autopsie (Sestié, Ledieu).

DIAGNOSTIC

Il est particulièrement difficile et la meilleure preuve c'est qu'il n'a été fait qu'une seule fois pendant la vie (Kehr).

Si l'anévrisme est petit ou intra-hépatique et s'il ne s'accompagne que d'un symptôme, la douleur épigastrique, le diagnostic sera tout à fait impossible.

Si, au contraire, l'anévrisme communique avec les voies biliaires, le tableau clinique devient des plus frappants ; la douleur, l'hémorragie du tube digestif et l'ictère constituent une triade symptomatique qui doit faire penser à l'anévrisme.

La connaissance des antécédents morbides vient encore ajouter sa caractéristique aux symptômes cardinaux. Nous avons démontré, en effet, que dans l'immense majorité des cas, l'anévrisme était consécutif à une infection aiguë, telle que pneumonie ou fièvre typhoïde. Le diagnostic pourra être porté quand cet ensemble de faits aura été observé.

Malheureusement les cas ne seront pas toujours aussi nets, il manquera un ou deux symptômes. Fréquemment, c'est une hémorragie seule que l'on observera : alors on pensera à un *ulcère du duodénum*, surtout si la douleur accompagne

l'hémorragie. On pensera à une *récidive de fièvre typhoïde* quand le malade aura été atteint de cette affection.

Il faudra alors examiner avec grand soin le mode de reproduction de l'hémorragie ; si l'hématémèse survient et surtout si l'ictère apparaît, le véritable diagnostic peut être soupçonné.

Dans d'autres cas, c'est sous forme d'*ictère chronique*, avec ou sans tumeur dans la région cystique, que l'affection se présente au clinicien. Il est obligé d'envisager toutes les causes d'ictère chronique et le plus souvent, le diagnostic n'est possible qu'après la *laparotomie exploratrice*.

TRAITEMENT

Puisque l'anévrisme de l'artère hépatique est tantôt une tumeur qui comprime les voies biliaires, tantôt une cause d'anémie grave par les hémorragies qu'elle détermine dans l'intestin ou le péritoine, on doit lui appliquer un traitement chirurgical. Il est évident que l'intervention présente de grosses difficultés en raison de la situation même de la tumeur, en raison de ses connexions, et surtout en raison de ce fait que l'artère hépatique est le vaisseau nourricier du foie.

Cependant 7 chirurgiens ont déjà publié leur technique opératoire dans l'affection qui nous intéresse.

Ce sont par ordre chronologique : Riédel (1893), Mickulicz (1893), Heller (1894), Habs (1903), Kehr (1903), Alessandri (1905), Tuffier (1907).

Un seul, parmi ces opérateurs, intervenait à la suite d'un diagnostic ferme. C'était Kehr. Les autres opéraient, soit pour un ictère chronique par rétention (Riédel, Tuffier, Heller, Habs, Alessandri), soit pour un ulcère duodénal (Mickulicz).

Voici le résumé des opérations pratiquées :

I. — Il faut de suite éliminer l'opération de Mickulicz qui ne fut nullement dirigée contre l'anévrisme. En effet, l'opérateur

ne trouva rien dans l'abdomen et se contenta de faire une gastro-entérostomie postérieure.

A l'autopsie, pratiquée six jours après l'opération, apparut un anévrisme développé surtout à l'intérieur du foie.

II. — RIÉDEL, cité par Sauerteig, fit son intervention dans les circonstances suivantes : un homme de trente et un ans, se plaignant de douleurs dans le côté droit et d'ictère accompagnés de résistance au point cystique, fut pris brusquement d'hématémèse pendant deux jours.

En opérant, l'auteur découvrit une tumeur allongée, qu'il prit pour un calcul du cholédoque; une incision fut faite immédiatement suivie d'une très violente hémorragie artérielle.

Riédel se contenta de tamponner; vingt jours après nouvelle intervention dans laquelle une ponction de la tumeur, devenue grosse comme une pomme, donna du sang pur.

Riédel tamponna une seconde fois, persuadé qu'il s'agissait là d'une varice de la veine-porte.

L'autopsie, trois jours après, montre un anévrisme de la branche droite de l'hépatique perforé dans le canal cystique.

III. — HELLER, cité par Niewerth, opère un jeune homme de dix-neuf ans porteur d'une tuméfaction qui, par la forme et le siège, rappelait la vésicule biliaire distendue. A l'ouverture de la cavité péritonéale, du sang apparaît venant de l'épiploon gastro-hépatique. La vésicule biliaire ainsi que le canal cystique sont ouverts; ils contiennent du sang; survient une forte hémorragie artérielle et le chirurgien se borne à tamponner.

A l'autopsie, on constate un gros anévrisme de l'artère hépatique perforé dans la vésicule, le cystique et le péritoine.

IV. — HABS, cité par Grünert, s'est trouvé en présence d'un homme de vingt et un ans atteint d'ictère chronique et auquel il a fait une laparotomie exploratrice. La vésicule était très distendue, remplie de bile vert foncé. Le sondage du cystique ne réussit pas à cause de la présence d'une tumeur lisse et grosse comme une pomme. Cette tumeur avait oblitéré le canal hépatique; mais elle ne battait pas quoique donnant du sang pur à la ponction.

Le malade mourut au huitième jour après l'opération. Il s'agissait là d'un anévrisme de l'artère hépatique elle-même.

V. — ALESSANDRI fut appelé dans la clinique du professeur Schüpfer pour examiner un malade de vingt-deux ans qui présentait un ictère chronique accompagné de melœna. Le diagnostic d'obstruction des voies biliaires, par tumeur ulcérée comprimant le cholédoque, fut porté.

29 avril. — Laparotomie latérale; on trouve une vésicule biliaire saillante, distendue. Une ponction de cette dernière donne du liquide noirâtre. Incisée, on la trouve remplie de coagulations sanguines qui sont enlevées; mais en arrivant sur le col avec le doigt il se produit une forte hémorragie artérielle qu'Alessandri réussit à arrêter par un tamponnement immédiat, mais qui, à cause de l'état du malade, oblige l'opérateur à s'en tenir là.

Alessandri pensait à la possibilité d'un anévrisme de l'hépatique ouvert dans la vésicule biliaire. Il allait se préparer à faire la ligature de l'artère lorsque le malade mourut cinq jours après l'intervention.

Sous la vésicule biliaire, on voit, à l'autopsie, une tumeur régulièrement sphérique de la grosseur d'un gros œuf de poule qui s'étend entre le lobe carré et le lobe de Spiegel. C'est une

dilatation anévrysmale de l'artère hépatique communiquant avec le canal hépatique.

VI. — TUFFIER est intervenu pour un malade qui présentait des symptômes chroniques par rétention accompagnés de l'existence d'une tumeur occupant la région de la vésicule biliaire.

Il a fait une incision transversale presque parallèle aux côtes en partant de la ligne médiane.

La tumeur qu'il rencontre n'est pas la vésicule biliaire; elle occupe le bord droit et la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique. Il la ponctionne; aucun liquide ne s'écoule. Il l'incise, des caillots en strates concentriques apparaissent. Ils sont enlevés, alors une hémorragie abondante se déclare.

Tuffier passe son indicateur gauche dans l'hiatus de Winslow, comprime l'artère, arrête ainsi l'hémorragie et recherche le point qui donne. Il le trouve, reconnaît le trajet de l'artère hépatique et met une ligature sur l'orifice d'entrée du vaisseau dans le sac.

Puis il s'efforce d'enlever la poche anévrysmale; il ne peut réséquer qu'une partie du sac, toute la paroi postérieure étant adhérente au pancréas, au cholédoque et à la veine porte.

Le malade survécut quatre jours.

VII. — KEHR opère dans les mêmes conditions un homme de vingt-neuf ans offrant des symptômes d'ictère chronique, des hémorragies dans le tube digestif et une vésicule biliaire de la grosseur d'un poing d'homme.

Successivement Kehr a envisagé les diagnostics suivants: —

I. Hypertrophie de la vésicule biliaire par ulcère duodénal. —

II. Ulcère du duodénum sur l'ampoule de Water. — III. Kyste

hydatique de la vésicule biliaire. — IV. Anévrisme de l'artère hépatique.

Il s'est rallié à ce dernier diagnostic avant l'opération qui lui donna raison.

Il trouve, en effet, une vésicule biliaire adhérente de tous côtés à l'épiploon et distendue. Il la ponctionne et retire un liquide hématique épais. Il découvre ensuite une tumeur dure de la grosseur d'un œuf de poule et animée de pulsations siégeant sur le col de la vésicule. Des caillots sont enlevés du canal cystique ; mais à ce moment se déclare une formidable hémorragie que l'opérateur arrête avec son doigt et un tamponnement serré.

Ensuite Kehr enlève la vésicule, puis, plaçant l'index gauche dans l'hiatus de Winslow, il pratique la ligature double de l'artère hépatique. Celle-ci est coupée entre les deux ligatures. Une sonde introduite dans la cavité de l'anévrisme permet de constater que la ligature ferme bien l'entrée du sac.

Le sac est dégagé : hépatopexie.

Le cystique est divisé jusqu'au cholédoque.

Pas de drainage de l'hépatique, pas de suture : tamponnement.

Le malade, après avoir présenté des phénomènes de nécrose du bord antérieur du lobe droit, est sorti guéri de l'hôpital.

Les opérations que nous venons de résumer ne peuvent être placées toutes sur le même plan.

RIEDEL et HELLER se sont bornés à tamponner une cavité qui saignait sans trop savoir de quoi il s'agissait.

HABS a essayé de sonder un canal hépatique comprimé

par une tumeur. Voulant se rendre compte de quelle nature était la tumeur, il l'a ponctionnée et a fait le diagnostic d'anévrisme ; mais là s'est bornée son intervention.

ALESSANDRI ouvre une vésicule biliaire distendue et contenant des caillots ; une hémorragie se déclare dès que les caillots sont enlevés ; l'auteur tamponne et s'arrête là.

TUFFIER tombe sur une tumeur qu'il ponctionne, puis incise, il trouve des caillots anciens, fait le diagnostic d'anévrisme de l'artère hépatique et comme le vaisseau saigne, il lie l'artère hépatique en soulevant ce vaisseau par le doigt passé dans l'hiatus de Winslow. Puis il résèque toute la paroi de l'anévrisme qui n'adhère pas aux voies biliaires et à la veine porte, il tamponne la région.

KEHR avait opéré de la même manière avec la différence que sa ligature d'artère avait été double et que son anévrisme étant peu adhérent, il avait pu enlever le sac et le canal cystique et la vésicule dans lesquels s'ouvrait l'anévrisme. Kehr avait aussi pratiqué l'hépatopexie.

En somme, deux chirurgiens ont vraiment traité l'anévrisme de l'artère hépatique : ce sont Kehr et Tuffier, tous deux ont lié l'artère. Eux seuls ont enlevé ou essayé d'enlever la tumeur anévrismale. Kehr y a réussi, Tuffier n'a pu y parvenir car la tumeur était trop volumineuse et trop adhérente aux organes voisins : voies biliaires, veine porte et pancréas.

Le malade de Kehr a vécu, ne présentant plus qu'une petite portion de nécrose hépatique due peut-être à l'hépatopexie. Le malade de Tuffier ne présentait pas à l'autopsie de lésions nécrotiques vraies du foie, il est

mort moins certainement de sa ligature artérielle que de l'insuffisance de ses cellules hépatiques puisque l'étude du sac anévrysmal nous a montré que le sang ne passait guère ou même pas du tout par le vaisseau nourricier du foie.

En rapprochant ces deux cas de ligature de l'artère hépatique, d'un cas d'oblitération complète du sac, signalé par Ledieu, on arrive à cette conclusion que *l'artère hépatique peut être liée ou oblitérée sans entraîner la nécrose hépatique totale et par suite la mort de l'individu.*

Mais il faut ici faire une réserve ; il faut bien spécifier qu'il s'agit d'artères ayant été au préalable oblitérées, d'abord un peu, puis davantage, ne laissant arriver au foie qu'une petite quantité de sang et qu'il s'est produit une sorte d'accoutumance de l'organe à se nourrir avec d'autres vaisseaux que l'artère hépatique.

Nous avons tenté d'expérimenter sur le chien la ligature progressive de l'artère hépatique. Nos résultats ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions les publier dès aujourd'hui. Cependant nous avons resserré le calibre du vaisseau artériel en procédant par opérations successives sans entraîner de troubles appréciables du côté du fonctionnement hépatique. Et cependant nous plaçons la ligature immédiatement au-dessous de la bifurcation de l'artère hépatique, au-dessus, par conséquent, des branches gastro-duodénale et pylorique capables de s'anastomoser avec la coronaire stomachique et la splénique.

C'est donc un fait bien prouvé par l'observation et l'expérimentation, qu'on peut tenter la ligature de l'artère hépatique lorsque le foie y a été préparé de longue date.

Là git toute l'explication du succès de Kehr ; et toutes

les expériences des physiologistes qui ont pratiqué la ligature brusque de l'artère hépatique, et ont ainsi déterminé la mort de leurs animaux d'expérience, ne prouvent qu'une chose, c'est que les voies anormales d'apport sanguin au foie n'avaient pas eu le temps de se développer.

COHNHEIN et LITTEN, puis DUFFOURT et DOYON, JANSSON, DUJARRIER, CASTAIGNE, HABERER et surtout EHRHARDT ont étudié les phénomènes consécutifs aux ligatures de l'artère hépatique. Ils ont vu se produire des nécroses partielles ou totales du foie, suivant qu'ils avaient mené rigoureusement ou non leurs expériences. En effet, lorsqu'ils n'ont pas eu soin de lier toutes les branches de l'artère hépatique de manière à supprimer les anastomoses, leurs animaux ont continué à vivre sans troubles appréciables.

Ehrhardt, qui ne connaissait pas la ligature de Kehr, donnait, comme preuve de la gravité de cette opération, l'observation suivante signalée par CHIARI : une personne souffrant d'endocardite a brusquement une embolie de l'artère du foie ; elle meurt et l'autopsie a montré, dit-il, que l'anastomose entre la coronaire stomachique et la pylorique n'a pu arrêter la nécrose du foie.

Nous pourrions lui objecter le cas de Ledieu que nous signalions plus haut, et dans lequel il y avait bien oblitération complète de l'artère hépatique et cependant le malade portait cet anévrisme depuis fort longtemps.

On est bien obligé d'admettre qu'il existe d'autres sources artérielles pour le foie que l'artère hépatique propre. Kehr prétend que ce sont les artères phréniques, branches de l'aorte ; elles vascularisent la partie du foie comprise entre les deux feuillets supérieur et inférieur des ligaments coro-

naires et triangulaires. On pourrait aussi citer comme branches d'apport, les vaisseaux venus de la coronaire stomachique et qui cheminent dans l'insertion au foie, de l'épiploon gastro-hépatique.

En résumé, on peut conclure avec Kehr et avec Alessandri à l'intervention chirurgicale, chaque fois que l'anévrisme pourra être diagnostiqué, chaque fois que ses symptômes seront alarmants.

Et voici comment nous proposons d'intervenir :

I. — Faire une laparotomie latérale soit en employant l'incision oblique et parallèle aux fausses côtes, soit en employant l'incision de Kehr dite en baïonnette qui donne plus de jour.

II. — Rechercher l'anévrisme qui est plus ou moins profond suivant qu'il est développé sur l'artère propre ou sur l'une des branches de division.

Parfois la vésicule biliaire dilatée sera un obstacle ; il faudra donc la ponctionner et souvent le diagnostic sera posé dès l'apparition des premières gouttes de liquide.

III. — L'anévrisme ou plutôt la tumeur une fois trouvée, il faudra s'assurer que c'est bien un anévrisme et pour cela :

La *palpation* pourra faire sentir des pulsations ; mais ce sera très rare ;

La *ponction* retirera du sang liquide ou du sang noir épais ; si la ponction ne donne rien, et si la tumeur est dure il faudra l'inciser (c'est l'exception, 2 cas) ;

L'*incision* montrera un sac épais entourant une masse centrale constituée par des caillots anciens en stratifications

concentriques. Mais il faudra avoir soin avant de pratiquer cette incision d'avoir l'index gauche dans l'hiatus de Winslow soulevant le petit épiploon et prêt à comprimer avec le pouce le vaisseau artériel si une hémorragie se déclare.

IV. — On dénude l'artère, aidé qu'on est par le doigt indicateur gauche. Si l'anévrisme s'est produit sur une des branches, on pourra tenter la ligature de la branche même; mais c'est fort périlleux, car la branche droite, en particulier, qui est surtout sujette aux anévrismes, est aussi étroitement enserrée par la branche droite de la veine-porte et le canal hépatique.

Dans la plupart des cas, il faudra se résoudre à lier le tronc de l'artère hépatique.

V. — On peut enlever le sac s'il n'est pas adhérent et même s'il est ouvert dans les voies biliaires. Quant à la vésicule biliaire on pourra l'extirper si elle communique avec la poche anévristmale.

Enfin, il faudra sonder et drainer les canaux hépatique et cholédoque pour s'assurer qu'ils sont perméables.

On pourra nous objecter que ce traitement n'est pas applicable aux cas d'anévrismes très récents dans lesquels la circulation collatérale n'a pas eu le temps de se produire.

On serait alors autorisé à chercher une autre méthode dans laquelle le chirurgien, en suturant les deux segments artériels ante et post-anévristmal, rétablirait le cours du sang dans le vaisseau artériel.

L'artère hépatique serait évidemment tout indiquée pour

cette méthode, puisqu'il s'agit là d'un vaisseau nourricier unique dont l'importance physiologique est de tout premier ordre.

Malheureusement, il est à prévoir des difficultés opératoires tenant au petit calibre du vaisseau, à sa situation, et rendant ainsi cette technique hypothétique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Saint-Vincent (Taxil). — Communiquée par le Dr Kéraudren, *Sur la rupture de l'artère hépatique (Journal universel des Sciences médicales. Paris, 1820, XVIII, 230-232).*

Appelé le 29 avril 1819, à 6 heures du matin, dans une des salles du bain de Brest pour y voir un condamné que l'on disait y avoir été trouvé sans vie, je m'y rendis, et je m'assurai qu'effectivement le nommé François C..., âgé de cinquante et un ans, non valétudinaire, mais très peu sobre, était dans l'état qui venait de nous être indiqué.

Il n'offrait, extérieurement, rien qui pût faire soupçonner que des actes de violence eussent été dirigés contre lui. Il portait seulement et depuis longtemps, à ma connaissance, deux entéroécès inguinaux qui, loin de présenter aucune marque d'irritation, étaient molles et réductibles.

Autopsie. — Le crâne ne nous offrit à l'extérieur rien d'anormal. Nous y remarquâmes seulement une inflammation sanguine, étendue, quoique peu épaisse, entre l'arachnoïde et la pie-mère, dans le crâne et à la surface externe de l'hémisphère cérébral droit.

Dans le thorax, tous les viscères étaient parfaitement sains,

les intestins aussi, mais il existait profondément, entre leurs circonvolutions moyennes, un amas considérable de sang en partie coagulé et en partie fluide.

Cet amas, considérable surtout au-dessous du petit lobe du foie, de l'estomac et en arrière du bord vertébral du méso-côlon transverse et du mésentère très soulevé et avancé, ayant été attentivement observé par nous, fut reconnu dépendre de la rupture récente, et à trois endroits différents, de toutes les tuniques de l'artère hépatique (non altérées en apparence, ni affaiblies) un peu au delà de la naissance de l'artère gastro-épiploïque droite.

Quelques pouces de l'artère lésée ayant été disséqués et enlevés, nous fûmes convaincu, qu'outre les ruptures susdites, qui étaient régulières et du diamètre d'une ligne au plus, les tuniques internes et moyennes des vaisseaux étaient un peu, en deçà et en delà, en plusieurs endroits, transversalement et longuement fendillées et gercées, tandis que la tunique celluleuse était demeurée intacte.

OBSERVATION II

(Sestié. — Soc. anat., 17 mars 1883.)

M. Sestié présente un cas *d'anévrisme de la branche droite de l'artère hépatique près de sa division*.

Le sac, du volume d'une noisette, contenait un caillot de sang mêlé de fibrine décolorée. La vésicule biliaire fut trouvée gangrenée en plusieurs points.

Le sujet, qui présentait des symptômes de gastrite chronique, est mort dans un état adynamique.

M. Cruveilhier, qui ne connaît pas de cas semblables, dit cependant que l'anévrisme de l'artère splénique est assez commun. Il en a observé 2 cas, dont l'un suivi de rupture et de mort.

OBSERVATION III

(Stokes. — *Anévrisme de l'artère hépatique. — Obstruction et distension des conduits biliaires. — Mort par rupture et épanchement dans la cavité péritonéale* (Arch. gén. de méd. Paris, 1834, t. VI, 522-37). — *The Dublin journal of medic.*, 1834, p. 400, n° 15. — *Mémoire sur le diagnostic des anévrismes internes*. Traduit par Richelot).

Samuel M..., âgé de trente-cinq ans, de conduite régulière, ayant eu autrefois une attaque d'apoplexie, entra dans les salles du Dr Stokes, le 7 avril 1832, affecté d'une *jaunisse générale*. Neuf semaines auparavant, sans dérangement préalable dans sa santé, il fut pris d'une *hématomèse* abondante, qui dura environ cinq jours. Depuis cette époque, diminution de l'appétit, constipation. Le 29 juillet, pour la première fois, légère coloration jaune des jambes et des bras ; du reste, pour tout symptôme remarquable, assoupissement.

Le lendemain matin, nausées ; *douleur à l'épigastre*, jaunisse générale, vision jaune. A son entrée à l'hôpital, soif, nausées, douleur épigastrique peu intense, augmentée par la pression, urines et matières fécales présentant les caractères qu'elles ont ordinairement dans la jaunisse, pouls 112, tremblotant ; abdomen tuméfié, mais surtout vers l'épigastre, où l'on pouvait sentir le lobe gauche du foie, qui paraissait volumineux et s'avancait vers l'hypochondre gauche. Le lobe droit paraissait égale-

ment augmenté de volume; son bord inférieur s'étendait jusqu'à l'ombilic. A 2 pouces, à droite de cette dernière région, existait une tumeur pyriforme, molle et fluctuante, que l'on présuma être la vésicule biliaire distendue. Le foie était inégal et sensible à la pression.

Pendant neuf jours, le malade resta dans cet état, sans changement remarquable dans les symptômes; son corps se couvrit d'une éruption miliaire, et plus tard d'une éruption pétéchiale. La douleur ressentie dans la tumeur, avec ou sans pression, n'était pas constante; jamais cette dernière ne présentait de pulsations.

Le malade n'accusait de douleur que lorsqu'on l'interrogeait sur ce sujet, ou qu'on palpa l'abdomen. Le septième jour, quoique la jaunisse fût extrêmement prononcée, les objets étaient vus avec leur couleur naturelle. Soif, anorexie; langue lisse et livide. Le matin du 17 août, le malade s'étant assis sur son lit, se trouva mal, retomba en arrière, et expira sans râle et, en apparence, sans douleur.

Autopsie. — Tout le paquet des intestins était recouvert par une couche de sang récemment caillé, qui s'adaptait à toutes les circonvolutions. Ce large caillot équivalait à une pinte de sang.

Le foie, contre toute attente, était plutôt petit que développé, mais il était repoussé en avant par deux tumeurs qui faisaient saillie sous son bord inférieur. L'une était formée par la vésicule énormément distendue par la bile; l'autre, située à droite de la première, occupait l'échancrure du bord antérieur du foie; elle avait le volume d'une grosse orange.

Le tissu cellulaire lui fournissait une enveloppe à surface inégale; elle était généralement adhérente et sans fluctuation.

Elle appuyait, en arrière, contre le rachis; le pancréas recouvrait sa moitié inférieure. L'aorte, parfaitement saine, n'avait aucune communication avec elle; la dissection fit connaître qu'elle était due à un anévrisme de l'artère hépatique recouvert par la capsule de Glisson et par du tissu cellulaire, et situé de manière à comprimer directement le conduit biliaire; elle renfermait quelques caillots sanguins.

L'ouverture de communication de l'anévrisme avec l'artère était bien délimitée; elle était constituée par une fente ovale, qui paraissait être le résultat d'une lésion de tissu, parfaitement circonscrite. Les divisions de la veine porte, dilatées, se ramifiaient sur la face interne et inférieure de la tumeur, qui avait crevé à sa partie antéro-inférieure.

L'état des conduits biliaires, dans toute l'épaisseur du foie, était très remarquable; ils offraient une dilatation énorme, jusqu'à leur terminaison.

Les premières divisions pouvaient admettre le ponce; la dilatation se continuait jusqu'à la surface du foie où l'on voyait de nombreuses tumeurs, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix, formées probablement par la dilatation des derniers rameaux de ces conduits.

Ces tumeurs contenaient de la bile qui en sortait avec force, lorsqu'on les incisait. Leur couleur était vert foncé. La substance du foie était friable, ramollie, et semblait gorgée de bile. Le tube gastro-intestinal était sain.

OBSERVATION IV

Ledieu. — *Anévrisme et oblitération de l'artère hépatique.*

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 1856, p. 125.)

F..., matelassière, cinquante-quatre ans, veuve, sans enfants, d'un tempérament lymphatique, est entrée à l'hôpital Saint-Jean-d'Arras, le 9 mars 1855; elle avait un œdème des extrémités inférieures, qui était devenu permanent, depuis le mois de janvier précédent, et n'avait dès lors cessé de s'accroître.

Copieux usage habituel de bière, de café et d'eau-de-vie, jamais aucune maladie sérieuse, sauf depuis longtemps, une gêne de la respiration, principalement quand l'atmosphère était chargée de vapeurs. Tousse et crache beaucoup, suffocations considérables avec palpitations quand elle monte un peu plus vite que de coutume. Tous ces phénomènes à peu près stationnaires, depuis quatre ou cinq ans, s'aggravèrent progressivement. De temps en temps, l'œdème des pieds se manifestait pour disparaître. Enfin, à partir du mois de janvier, cette dernière affection, qui n'avait été que passagère, devint permanente et envahit complètement les extrémités.

On porte le diagnostic d'emphysème pulmonaire et bronchite chronique : la poitrine donnait à la percussion un son très clair et l'auscultation révélait des râles sibilants ronflants et muqueux des deux côtés. Aucun bruit anormal ne fut perçu ni à la base, ni à la pointe du cœur; matité de la région précordiale normale. Rien du côté du tube digestif, aucune tumeur perceptible dans l'abdomen; aucune douleur dans la région des reins. L'urine contient des quantités considérables d'albumine.

Traitement institué : pectoraux diurétiques, purgatifs et analeptiques de tout genre.

L'œdème envahit peu à peu les parois abdominales, en même temps qu'il se fait un épanchement considérable dans le péritoine.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. La peau est marbrée de rouge et bleu ; la face est cyanosée et les traits en sont profondément altérés. Le développement des poumons et l'état des bronches permettent facilement de constater la bronchite et l'emphysème pulmonaire. Le cœur ne présente aucune altération ; son volume est normal et ses valvules n'ont rien de particulier.

Dans la cavité péritonéale, on trouve environ 15 litres de liquide : l'aspect et le volume des reins sont normaux ; à la coupe, la substance corticale et tubuleuse, les calices, les bassinets, les uretères ne présentent aucune altération.

Le foie a un volume normal, seulement il est légèrement affecté de cirrhose, l'aspect granité de son tissu est exagéré et le tissu hépatique est généralement jaune, marbré de lignes rouges et sinueuses, comme au premier degré de la maladie. Rien de particulier à la face inférieure. A l'examen du tronc cœliaque on trouve la splénique et la coronaire stomachique parfaitement saines.

Mais, quelle ne fut pas ma surprise en disséquant l'hépatique d'apercevoir, un peu *au-dessous de la branche pylorique*, une tumeur du volume d'une grosse aveline, très dure et développée dans l'épaisseur du tube artériel. L'artère pylorique reste perméable, un stylet y pénètre facilement. Cette tumeur de forme irrégulière, plutôt aplatie que ronde, *oblitére complètement le vaisseau*, car un stylet, introduit par le bout

de sa naissance, est arrêté en arrivant à elle; de même, en l'introduisant par le bout terminal, et le faisant venir à sa rencontre, j'éprouvai la même résistance.

Plusieurs injections, poussées avec force, ne parviennent point à franchir cet obstacle. Cette tumeur est un anévrisme et le caillot est tellement solide que le lendemain, après vingt-quatre heures de macération, il m'a été impossible de la traverser avec un stylet sans courir risque de déchirer les parois artérielles. Ce n'est qu'après cinq jours de macération que je parvins à détruire le caillot obturateur. Je m'assurai, avec soin, qu'il n'y avait qu'une artère hépatique.

La vésicule biliaire est de capacité ordinaire et pleine d'une bile qui s'écoule abondamment par les canaux cystique et cholédoque. Ce liquide paraît physiologique.

OBSERVATION V

(Lebert. — *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 322 et pl. CXXVII, 1861.)

Une femme, âgée de trente ans, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, a eu, il y a trois ans, une *fièvre typhoïde*, et il y a quatre mois un rhumatisme articulaire aigu, dont elle a été complètement guérie. Depuis le commencement de mai elle se plaignait sans cause connue de douleurs fréquentes et d'un sentiment de pression dans la région de l'estomac, surtout après les repas, lorsque, le 28 mai, au matin, elle fut prise subitement de douleurs très vives dans la région de l'estomac, de nausées et de cinq *vomissements de sang* successifs; elle dit avoir vomi chaque fois presque 1 litre de sang rouge, vif, pur.

Le lendemain, elle eut encore trois vomissements semblables, suivis bientôt de selles sanguinolentes qui revinrent deux ou trois fois par jour, jusqu'au 7 juin, jour de son admission à l'hôpital. Plusieurs fois elle eut des accès convulsifs et plusieurs fois aussi des évanouissements qui revinrent tous les jours quatre ou cinq fois. Reçue à la clinique le 8 juin, elle est extrêmement pâle et anémique, avec une légère teinte ictérique qui se montre dans les conjonctives; le pouls est très petit, à 116; on entend un bruit de souffle doux au cœur, et un bourdonnement continu dans les deux jugulaires, avec bruit de renforcement à chaque systole; les organes de la respiration sont sains: 20 respirations par minute. Le foie ne montre rien d'anormal. L'épigastre et surtout la région pylorique sont très douloureux à la pression; ce qui empêche d'examiner s'il y a quelque tumeur profonde; la langue est blanchâtre, l'appétit presque nul. La malade a eu hier deux selles sanguinolentes. Dès qu'elle se lève, elle a des bourdonnements d'oreilles et elle voit trouble et si elle persiste, elle tombe sans connaissance, avec des convulsions légères dans les membres supérieurs; ces accès durent cinq minutes et, portée sur son lit, la malade reprend connaissance. Elle a une soif vive. On prescrit toutes les heures une pilule composée de 3 centigrammes d'ergotine, avec 3 centigrammes de nitrate d'argent et 6 centigrammes de poudre de belladone, un lavement avec 20 centigrammes de nitrate d'argent et X gouttes de laudanum, et enfin l'usage à peu près continu de la glace en petits morceaux. Pendant les jours suivants, les selles sont plus solides mais toujours teintées de sang. Les accès reviennent deux ou trois fois par jour. Les douleurs d'estomac sont vives et brûlantes. La malade est excessivement faible et se plaint de maux

de tête et de vertiges. Les urines contiennent un peu de matière colorante, de la bile. Le 12 juin, le sang a cessé de paraître dans les selles, elle a eu un vomissement sanguinolent; elle se sent mieux, les douleurs d'estomac ont diminué. Mais le 14 elle est prise de délire, elle est très agitée, se plaint de palpitations et de vertiges. Le pouls est à 120, la peau est chaude, le ventre météorisé, l'estomac très douloureux; elle a eu de nouveau quatre selles sanguinolentes.

Le lendemain elle est un peu mieux, les troubles circulatoires sont un peu calmés sous l'influence de la limonade sulfurique. Pendant quelques jours, l'amélioration se soutient, mais les selles sanguinolentes, d'un rouge foncé, tirant sur le brun, reparaissent toujours. La malade est surtout incommodée par des maux d'estomac et des palpitations. On lui donne, à cause de l'extrême anémie, deux fois par jour, 10 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène qu'elle supporte très bien. Les accidents éclamptiques ont disparu; le 20 juin, le pouls se relève un peu et tombe à 100; elle a une tendance à la somnolence et est toujours très faible; elle commence à avoir un peu d'appétit, l'ictère disparaît presque, elle supporte bien le fer, dont la dose est portée à 20 centigrammes; toutefois les forces n'augmentent pas.

26 juin. — Elle a de nouveau un accès après lequel elle reste dans un état soporeux. Elle a des vomissements et de la diarrhée, mais sans rendre de sang.

28 juin. — Nous constatons une impulsion forte au cœur et un bruit de souffle systolique très prolongé à la base. Le pouls est toujours à 120. Elle a tous les jours deux ou trois vomissements mêlés de sang, puis il y a de nouveau trois selles sanguinolentes liquides; elle supporte très mal la nourriture; c'est ce

qui empêche de la tonifier ; elle ne peut prendre que du lait ou du bouillon. Malgré tous les astringents et hémostatiques, les *selles sanguinolentes reparaissent souvent*. Aussi s'affaiblit-elle de plus en plus. Nous sommes toujours frappé de la persistance de ces selles sanguinolentes sans les apparences d'une affection intestinale sérieuse. Les vomissements qui viennent irrégulièrement par vingt-quatre heures sont plutôt rosés ou légèrement colorés en rouge. Après être arrivée ainsi à une faiblesse, à une maigreur et à une pâleur excessives, la malade meurt, le 6 juillet 1855, à 4 heures du matin.

Autopsie. — Cerveau et méninges anémiés contenant peu de liquide. Les poumons emphysémateux à leurs bords antérieurs sont très anémiques. Le péricarde est tout à fait adhérent au cœur et outre les anciennes adhérences celluluses, il y a comme une infiltration gélatineuse entre les mailles des adhérences. Le ventricule droit renferme des caillots mous, rougeâtres ; sa surface est couverte de beaucoup de graisse, sa substance pâle a 6 millimètres dans sa plus grande épaisseur. Le ventricule gauche a 16 millimètres d'épaisseur vers la pointe. La valvule mitrale est un peu épaissie à son bord et couverte de petites végétations granuleuses. Le cœur, dans sa totalité, est de volume normal. L'estomac n'offre nulle part de travail ulcéreux ; dans son grand cul-de-sac la muqueuse est ramollie et très amincie et près du pylore elle est légèrement épaissie et mamelonnée et d'une bonne consistance. Le foie a 28 millimètres de large, 20 de haut et 8 d'épaisseur à droite ; 16 de haut et 8 d'épaisseur à gauche. Son tissu, rouge brun, paraît normal, les conduits biliaires paraissent généralement un peu dilatés et renferment une bile jaunâtre et épaissie. *Au-devant de la veine porte, sur le trajet de l'artère hépatique, se trouve*

une dilatation anévrismale, placée transversalement, de la grosseur d'un œuf de pigeon remplie de couches concentriques de caillots fibrineux. Cet anévrisme, qui offre à sa face interne la membrane interne intacte, avait contracté des adhérences avec la vésicule du fiel vers son tiers inférieur et avait versé une grande quantité de sang coagulé et liquide dans sa cavité, donc la muqueuse était épaissie et imbibée de sang. *L'ulcération qui conduisait de l'anévrisme dans la vésicule du fiel*, était entourée de petites érosions superficielles, dont il en existait aussi plusieurs dans le fond de la vésicule. Le conduit cystique et le conduit cholédoque renfermaient des coagulations sanguines très faciles à détacher; c'était donc par cette voie que le sang s'était écoulé dans les intestins et avait reflué en partie dans l'estomac. Rien d'anormal dans le foie et la rate. La membrane muqueuse des intestins était normale, seulement imbibée de sang dans sa partie inférieure.

OBSERVATION VI

(Wallmann. — *Virchow's archiv*, 1858, Bd. XIV)

F..., trente-six ans, généralement bien portante, entre à l'hôpital pour des *douleurs* dans la région abdominale supérieure; ces douleurs ne sont pas continues, mais espacées parfois par des jours entiers de calme et de repos; cependant elle maigrit et s'affaiblit considérablement.

Lors du premier examen, on constata que le foie et la rate avaient considérablement augmenté de volume, mais il n'y a aucun mouvement fébrile. On constata de l'ictère et de l'ascite. On examine la malade chaque jour, pendant quatre semaines.

Il y avait souvent des douleurs violentes ; l'épigastre et surtout la région hépatique manifestaient une grande sensibilité à la moindre pression. En dehors de ces accès douloureux on pouvait palper le foie sans que la malade accusât la moindre douleur. Pendant quelques jours les selles sont gris cendré ; puis dix jours avant que la mort ne survienne, l'ictère s'accrut et atteignit rapidement un très haut degré. On constata en même temps un *développement exagéré de la vésicule biliaire* en même temps qu'une *augmentation de volume et de résistance du foie*. Enfin la fièvre apparut, la région abdominale inférieure se ballonna et la malade mourut vingt-quatre heures plus tard dans d'horribles souffrances.

On avait porté le diagnostic des calculs biliaires, surtout dans le canal cystique, obstruction des voies biliaires, rétention de la bile dans le foie et dans la vésicule biliaire.

Autopsie. — Le foie est augmenté de volume, il est de couleur jaune verdâtre, il adhère partiellement au diaphragme ; *les canaux biliaires sont distendus* ; la vésicule biliaire elle-même dépasse de 2 pouces le bord des fausses côtes, elle est tendue et remplie d'une bile noire épaisse ; le canal cystique est obstrué ; le canal hépatique est distendu dans sa moitié supérieure, et, 1/2 pouce avant sa réunion au canal cystique, il est rempli d'une masse semi-liquide vert jaunâtre, de telle sorte que la lumière en est complètement obstruée. Dans la cavité abdominale, on trouve environ 1 liv. 1/2 d'un liquide séro-sanguinolent, et dans l'intestin grêle, il y a une masse fluide et colorée.

Dans la région du côlon transverse et surtout dans l'hypochondre gauche, il y a des caillots de sang coagulé, rouge sombre, plus ou moins volumineux ; ces caillots sont libres dans la

cavité abdominale. Entre le bord supérieur de l'estomac et le bord inférieur du foie, on trouve, dirigée obliquement de la partie supérieure droite vers la partie inférieure gauche, une *tumeur atteignant presque le volume de la tête d'un enfant*, s'étendant à droite, jusqu'à la vésicule biliaire et à gauche jusqu'au bord supérieur de l'estomac ; cette tumeur occupait ainsi la plus grande partie de l'arrière cavité des épiploons ; elle était limitée vers le bas par le côlon transverse, vers le haut par le bord inférieur gauche du foie.

Le sac avait une forme ovale irrégulière, à sa surface concave, il était adhérent à la capsule hépatique sur une longueur de 2 pouces ; à l'extrémité convexe inférieure libre, immédiatement dans le voisinage du côlon transverse, le sac présentait, un peu à droite, une ouverture béante toute en largeur avec des bords dentelés, et de cette ouverture émergeait un caillot de sang noirâtre. Ce sac, ouvert, était rempli d'un amas concentrique de sang et de fibrine, constituant une masse molle d'un brun foncé, jaunâtre au centre, un peu dure et d'un rouge jaunâtre à la périphérie. Le sac était formé par des parois épaisses de deux à trois lignes, molles, constituées par la tunique externe, dégénérée de l'artère, avec des ponts en forme de travée, la surface interne présente des excroissances villeuses, tandis que la surface externe est tantôt polie, tantôt rugueuse. A la paroi interne postérieure, l'on voit, dirigée de bas en haut, une travée en forme de filet qui enclave l'artère hépatique. Cette dernière présentait du côté antérieur et à l'intérieur de cette travée une fente longue de 1 millimètre, large de 4 millimètres, avec des bords durs, polis, crénelés ; cette fente était distante de 7 millimètres de l'endroit où l'artère hépatique se divise en deux rameaux principaux ; elle communiquait avec le

sac situé sur l'artère ; le canal hépatique et le canal cholédoque étaient en partie encastés dans la paroi antérieure de cette artère.

OBSERVATION VII

Quincke. — *Ein Fall von Annewysma der Leberarteri*
(*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1871, n° 30.)

H..., vingt-cinq ans, était soigné à l'hôpital pour un iléotyphus récent, quand eut lieu, le trentième jour, une *hémorragie intestinale* assez considérable ; immédiatement après, apparition de l'*ictère*. Cet ictère demeura variable, tantôt plus ou moins accusé ; puis, brusquement surviennent de *violentes douleurs* dans l'abdomen avec *vomissements* d'un rouge noirâtre. Plus tard les selles furent, à différentes reprises, accompagnées de *melœna* ; les matières fécales étaient molles et avaient la forme de cylindres longs de 1 pied ou 1 pied 1/2 ; leur forme correspondait à celle du jéjunum et elles portaient l'empreinte des replis de Kerkring.

Après un arrêt de plusieurs semaines, pendant lesquelles le malade se sentait complètement bien, la teinte ictérique de la peau avait complètement disparu, puis les douleurs reparurent, s'accompagnant de sensations pénibles de compression dans l'épigastre et l'hypochondre. Vers le même moment, il y eut de nouveau des selles sanglantes.

Ces hémorragies intestinales se reproduisirent à plusieurs reprises pendant deux mois ; les selles présentaient toujours la forme des replis de Kerkring. Elles étaient précédées de dou-

leurs très vives analogues à des coliques dans la région abdominale supérieure droite.

L'épigastre et l'hypochondre droits étaient plus ou moins sensibles. Plusieurs fois les vomissements ont contenu du sang d'un rouge vif, mais coagulé, soit en pelotes, soit en masses cylindriques. D'après son aspect ce sang ne semblait pas avoir été longtemps soumis à l'action du suc gastrique.

Ces hémorragies, durant trois mois entiers, épuisèrent le malade, déjà affaibli par le typhus; il succombe après une dernière hémorragie intestinale, mélangée de matières purulentes. Les derniers jours l'on put constater des symptômes de pneumonie.

Autopsie. — En dehors de l'inflammation du poumon droit, on constate une augmentation de volume assez considérable de la rate, des cicatrices pigmentées sur la muqueuse de l'intestin grêle, et des fausses membranes dans le gros intestin.

Le foie est petit, pâle, rugueux, le canal cholédoque est absolument normal.

En ouvrant le foie on trouve un *anévrisme hépatique complètement englobé dans le parenchyme*, de la forme et du volume d'une noix; cette ectasie était située sur le côté de la branche droite de l'artère hépatique et était éloignée de 1 pouce 1/2 à 2 pouces de son point de division. Cet anévrisme faisait saillie dans la lumière du canal hépatique, qu'il comprime et déplace. Les autres canaux biliaires sont en même temps considérablement dilatés.

L'anévrisme renferme une masse sanguinolente semi-liquide. Vers la périphérie du sac l'épanchement est plus décoloré.

La paroi de la poche est constituée par la tunique artérielle; à certains endroits, elle est très amincie, sans que l'on puisse

cependant découvrir un point de rupture. La face supérieure du sac anévrisimal était rugueuse et imprégnée de bile.

On n'a pas trouvé de sang dans les voies biliaires, mais le lobe droit du foie était semé d'infarctus du volume d'une tête d'épingle ou d'un pois ; ces masses d'un rouge sombre, ramolles, étaient entourées de nombreuses cellules rondes ou fusiformes.

OBSERVATION VIII

(Standhartner. — *Bericht des Wiener allgemeinen Krankenhauses*, 1875.)

Un étudiant en médecine, âgé de vingt-trois ans, avant son entrée à l'hôpital, avait ressenti de violents frissons suivis de quintes de toux, de troubles de la déglutition, de douleurs dans le cou, dans la poitrine et dans la tête. Lors de son admission on constata une couleur légèrement ictérique de la peau, de la rougeur des amygdales, de la luette, du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx ; crachats jaunâtres ; fièvre intense : 39°6. Le ventre était légèrement ballonné ; en arrière la percussion faisait constater aux deux bases un peu de résonance.

Le lendemain, dans la nuit, le malade fut très agité : il eut du délire, il ne voulait plus rester à l'hôpital ; la température s'élève à 40 degrés ; on découvre un épanchement pleurétique à droite.

Le surlendemain, il se produisit une si grande amélioration que le malade demanda à manger : il survient alors brusquement de violentes douleurs dans le côté droit de la poitrine, avec dyspnée considérable. Il se formait un pneumothorax.

Le lendemain la fièvre tombait, le malade respirait plus aisément et se sentait mieux, la teinte ictérique de la peau et des conjonctives avait augmenté d'intensité.

Le dixième jour le malade mourut, en proie à une dyspnée sans cesse accrue et à un collapsus général.

Autopsie. — Suppuration du médiastin, compression partielle du poumon, emphysème vésiculaire sous-pleural à la face antérieure du poumon et pneumothorax consécutif. L'aorte est épaissie par endroits, à la suite, semble-t-il, de nouvelles couches.

Dans la cavité abdominale, il y a plus de 2 litres de sang liquide.

Le foie est un peu décoloré. La vésicule biliaire est remplie de bile jaune brun ; cette vésicule biliaire, au niveau de son col et de l'orifice du canal cystique, se confondait avec un *anévrisme du volume d'une noix* siégeant sur la branche droite de l'artère hépatique. Cet anévrisme était logé dans une excavation de la face inférieure du foie ; il y avait, à la région inférieure du sac anévrisimal, plusieurs déchirures correspondant à l'extrémité du sillon transverse. La branche de l'artère hépatique présente également une ectasie du même volume, et remplie d'un amas de sang et de fibrine semi-liquide.

OBSERVATION IX

Pearson Irvine. — *Anevrism of the hepatic artery in the cavity of an absces of the liver* (*The Pathological Society*,

20 novembre 1877).

Le D^r Pearson Irvine montre la pièce.

Le malade était un soldat de quarante-quatre ans ; il avait servi dix-neuf ans dans les Indes et avait souffert de fréquentes attaques de dysenterie et de fièvre intermittente. Il fut libéré en 1876 et jusque six semaines avant son entrée à Charing-cross Hospital avait joui d'une bonne santé. Il commença alors à souffrir de perversion du goût, d'anorexie, de ballonnement après les repas et d'un battement particulier à l'épigastre. Quinze jours plus tard, il a une violente *hématémèse* et s'évanouit dans la rue ; six jours après autre *hématémèse* mais moins considérable, quelques jours avant son admission, il a à nouveau un abondant vomissement de sang « qu'il rendait par flots », et suivi d'évanouissement.

A l'examen, lors de son entrée, on trouve à l'épigastre une *tuméfaction* nettement localisée avec sensation de résistance ; cela augmenta tous les jours suivants et le malade ne tarda pas à avoir des *selles sanglantes* ; à chacune de ces occasions il avait des *crises presque convulsives* et des pertes de connaissance ; fréquemment il y eut du *melæna*, mais on ne constata plus de vomissements de sang jusqu'à la mort rapide, qui eut lieu le 25 octobre. Il se plaignait depuis quelque temps de douleur et de sensation douloureuse à l'épigastre.

Autopsie. — Après la mort, on trouva l'estomac adhérent, mais non intimement, à la surface du lobe gauche du foie, sous le siège d'un *abcès du volume d'une petite orange*. La perforation avait eu lieu entre l'abcès du foie et l'estomac, dans lequel on trouve un gros caillot de sang. L'abcès contenait en grande quantité du pus gris jaunâtre, sans odeur. Sur une branche primaire de l'*artère hépatique gauche*, qui court le long de ses parois, était un anévrisme du volume et de la forme d'une grosse amande, plein d'un caillot médiocrement

ferme, et ayant des parois bien définies. Il siégeait dans les irrégularités de la paroi interne de l'abcès et avait évidemment causé la perforation de l'abcès dans l'estomac, la rupture s'étant faite au point de moindre résistance. La rate n'était pas augmentée.

OBSERVATION X

Drasché. — *Über Anuerysma der Leberarterie*
(*Wiener medizinische Woch.*, 1880, n° 37.)

H..., vingt-sept ans, colporteur, le 8 janvier au soir devient très pâle, le pouls s'arrête et on le conduit à l'hôpital. Le médecin de service diagnostique une *hémorragie interne* et fait transporter le malade dans un service spécial où il arrive sans connaissance. Aussitôt après l'admission de ce malade, on ne peut avoir que peu de renseignements sur la date ni le genre de l'affection. D'après le rapport de ses camarades, le malade s'est plaint, huit jours auparavant, de malaises et de *crampes d'estomac*. Ces dires paraissent d'autant plus plausibles, que le 1^{er} janvier, le malade est encore allé de maison en maison, et qu'à midi il a encore mangé, comme d'habitude, en compagnie de ses camarades. Cet homme passe pour vivre d'une manière rangée et régulière.

2 janvier. — Les maux d'estomac augmentent au point qu'il doit rester à la maison et même garder le lit, cependant le malade ne fait pas appeler de médecin. Sur le conseil d'un camarade il va, le 7 janvier, prendre un bain de vapeur; il en revient absolument épuisé. Le médecin appelé trouve le malade sans connaissance, et fait transporter le malade à l'hôpital.

Lors du premier examen, qui a lieu le soir même; on cons-

tate une extrême faiblesse et une apathie complète. La peau et les muqueuses sont très pâles. Au cœur et à la veine jugulaire, on entend distinctement des souffles d'anémie, le bas-ventre n'est que ballonné, il est un peu douloureux surtout dans la région abdominale supérieure; des douleurs spontanées n'apparaissent que par intervalles et jamais très violentes, plus accusées dans l'épigastre et l'hypochondre droit que du côté gauche. On ne peut localiser exactement ces douleurs. Le foie ni la rate ne sont augmentés de volume, l'estomac n'est que peu dilaté.

Le malade mange le soir la soupe qu'on lui sert. Le pouls est régulier, mais faible et peu perceptible. Pouls 84, respiration 20, température 37 degrés. Grâce à une légère dose de morphine et à des compresses glacées sur le ventre, le malade dort de 9 heures à 11 h. 1/2. A ce moment, il se lève pour uriner quand il est pris de *syncope* et demeure environ dix minutes sans connaissance. Quelques instants après, il dit à la surveillante qu'il ne souffre pas mais qu'il est très faible et sent sa fin prochaine. Il dort, jusqu'au matin, mais d'un sommeil très agité et fréquemment interrompu. A la visite du matin, le malade est comateux, les extrémités sont froides, le pouls est imperceptible, l'*épigastre est considérablement distendu* et il n'y a plus de réflexe à la pression. Après une agonie de plusieurs heures, la mort survient le 9 janvier à 1 heure.

Malgré les lacunes de l'anamnèse, malgré la brève durée de l'observation, on pouvait tout d'abord songer à une tumeur de l'estomac, si l'on s'en rapporte aux douleurs gastralgiques qui s'étaient manifestées quelques jours auparavant et aux *vomissements brun noirâtre* qui s'étaient produits une fois, bien qu'on n'y ait pas constaté d'une façon certaine la présence du

sang. Mais comme plus tard il s'est produit une hémorragie persistante considérable, sans hématomé, comme les selles sanguinolentes devenaient d'heure en heure plus difficiles, comme les médicaments, boissons et autres liquides étaient conservés et bien supportés, il faut dès lors chercher une cause située en dehors de l'estomac et même en dehors du tube digestif. Comme, à vrai dire, il y avait à l'épigastre seulement des douleurs spontanées et peu violentes, comme à ce niveau la pression ne provoquait que peu de sensibilité, le siège de l'hémorragie survenue et si rapidement arrêtée doit être recherché à ce niveau ou dans les organes situés en avant.

Autopsie. — Le corps est bien conservé mais exsangue; les parois abdominales sont tendues, surtout dans la région épigastrique. Le cœur est de volume normal, un peu surchargé de graisse; ses cavités sont remplies de sang liquide qui s'écoule librement à l'ouverture. Parmi les circonvolutions intestinales, on trouve des épanchements sanguins demi-liquides, plus particulièrement abondants dans la région lombaire, de sang liquide et rutilant. En examinant de plus près cet épanchement au niveau du hile du foie, on constate qu'il devient plus compact, plus foncé, et qu'il englobe le ligament hépatico-duodénal, et qu'en cette région il se laisse décortiquer couche par couche.

La dissection des vaisseaux du hile du foie montre que l'artère hépatique se détache de la mésentérique supérieure et se divise en deux branches hépatiques: l'une droite, l'autre gauche. La branche hépatique droite, à environ 1 cm. 5 de son point d'origine, sur la paroi postérieure du vaisseau, est distendue du volume d'une noisette et rompue.

Cette partie était absolument libre dans un espace limité en

bas par le duodénum, en haut et en avant par le foie, en arrière par le pancréas. Les parois artérielles, déchirées, délimitent de leurs bords irréguliers une ouverture à peu près circulaire, elles sont recouvertes de caillots plus ou moins anciens, assez résistants, d'un jaune rougeâtre, mais que l'on peut facilement détacher.

La tunique interne de l'artère hépatique apparaît, par endroit, épaissie et colorée en jaune pâle. Parmi les vaisseaux afférents et efférents, un seul rameau fut trouvé impraticable et obstrué par un caillot. Le foie et la rate, tous deux profondément décolorés, sont de volume normal, de même que toutes les voies biliaires intra-hépatiques. L'estomac et les intestins, considérablement distendus par des gaz, avaient leur muqueuse très anémiée. L'estomac renferme environ 1/2 litre d'un liquide aqueux, trouble, blanchâtre. Le système artériel est absolument normal; il n'existe que l'anévrisme de l'artère hépatique qui ne s'est révélé, lors de la première rupture, que par des phénomènes peu caractérisés, des douleurs diffuses dans la région abdominale et une hémorragie interne.

La constitution anatomique de l'estomac et de son contenu, absolument normaux, ne permettent pas d'attribuer aux vomissements noirâtres qui se sont produits une seule fois une signification hémorragique.

OBSERVATION XI

Caton, — *Aneurysm of the hepatic artery* (*Clinical Society of London*, 28 mai 1886).

H..., quarante ans, matelot, est admis dans le service du Dr Caton, à Liverpool Northern Hospital, le 8 août 1885.

Ch. Villandre

5

Le malade a joui d'une excellente santé toute sa vie jusqu'à Noël 1884, quand survint un accès de douleurs dans l'hypochondre droit accompagné d'ictère. Quatre jours plus tard il se relève et peut prendre son service à bord.

Rien de nouveau jusqu'au 3 août, quand, à cette même époque, les mêmes symptômes se produisent avec plus de gravité.

A son entrée dans le service, le malade se plaint d'une *douleur intense et continue dans l'hypochondre droit*. Il est dans un état de semi-collapsus ; la face et le front sont couverts de sueur ; respiration angoissée. Pouls 92. Température 98° 4. On administre des stimulants ; on couche le malade dans un lit chaud et on lui fait des injections sous-cutanées de morphine. Sous l'influence de ce traitement, la prostration disparaît et la douleur s'amende.

Un examen plus soigneux fait reconnaître que la douleur est surtout localisée dans l'hypochondre droit et à l'épigastre et que la moindre pression la réveille dans l'une et l'autre de ces régions. La matité hépatique est augmentée de 3 pouces 1/2 sur la ligne mammaire. La percussion est très douloureuse. *Une masse arrondie* (probablement la vésicule biliaire) sensible à la pression fait saillie au-dessous du foie, un peu à gauche de la ligne mammaire ; la langue est crevassée ; la peau et les conjonctives sont ictériques. Le malade affirme que les intestins fonctionnaient bien les jours antérieurs et que les évacuations étaient abondantes et foncées en couleur. Les parois abdominales sont relâchées.

La matité cardiaque est relâchée, les bruits du cœur sont normaux. A la percussion on constate de la submatité aux deux

poumons ; les bruits respiratoires sont normaux. La douleur a complètement disparu le soir de l'entrée.

9 août. — Le malade est dans le même état, pas de douleurs. Pouls : 92. Température du matin 99° 4, du soir 102° 8.

10 août. — La douleur réapparaît ; en même temps sensibilité du foie à la pression. Des vomissements surviennent. L'ictère est plus accentué. Pouls 100. Température du matin 101 degrés, du soir 101° 2.

11 août — Il y a quelques légers vomissements ; l'intestin reprend ses fonctions ; les selles renferment des caillots de sang. C'est la première fois que la présence du sang est constatée d'une façon évidente dans les selles. On s'explique maintenant que les selles noirâtres dont le malade a fait mention ont consisté en sang décomposé. Le diagnostic avait été jusque-là celui de l'ictère par obstruction, consécutif à la lithiase biliaire ; mais l'apparition de l'hémorragie ne laisse subsister aucune illusion à cet égard. Deux ou trois hypothèses viennent alors naturellement à l'esprit, notamment celle d'une hémorragie des voies biliaires, mais la quantité de sang est trop abondante pour relever d'une telle origine : on peut aussi songer à une hémorragie intestinale n'ayant aucun rapport avec l'affection hépatique ; c'est la supposition qui paraissait la plus probable, sans satisfaire pleinement l'esprit. Mais on ne songeait guère à un anévrisme hépatique.

12 août. — Durant tout le jour, aucune douleur. Deux évacuations, toutes deux contenant du sang. La langue est très sèche. Température du matin 99° 4, à 8 heures du soir 102 degrés. A 11 h. 1/4 le médecin de garde est appelé en toute hâte dans le service, où l'on trouve le malade gisant à terre et complètement inanimé. La face est pâle et contractée ; le front

est inondé de sueur ; le pouls est à peine perceptible, et le malade semble avoir perdu complètement connaissance.

On administre 1 once de brandy et un 1/2 grain de morphine en injection sous-cutanée.

Quand il revint à lui, il raconta qu'une douleur soudaine et intense l'avait pris dans l'hypochondre droit et que, en se débattant, il était tombé du lit. Il vomit des quantités considérables de sang. Il s'affaiblit graduellement et meurt au matin.

Autopsie, le 13 août. — En examinant le foie, on trouve dans l'artère hépatique un anévrysme du volume d'une grosse bille ; cet anévrysme s'était ouvert dans l'intérieur du canal hépatique ; le sang avait passé outre et inondé tous les conduits biliaires dans le parenchyme du foie ; il avait aussi envahi la vésicule biliaire, qui était pleine de caillots ; on trouva aussi une grande quantité de sang dans le duodénum, l'estomac et l'intestin. Rien de notable dans les autres organes.

D^r GLOVER. — Demande si l'on a fait usage du stéthoscope et si l'on a constaté un souffle au niveau de la tumeur.

D^r CATON. — Répond qu'on n'a constaté aucun souffle, mais que l'on percevait le frottement du sac contre les parois abdominales. L'observation ne dit pas s'il fut fait une enquête au sujet de la syphilis et quel en fut le résultat, mais sous tous les autres rapports cet homme paraissait jouir d'une bonne santé.

OBSERVATION XII

W. Hale-Witte. — *Case of jaundice due to anevrysm of the hepatic artery* (*British medical Journal*, 1893, p. 33).

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, entre à Guy's Hospital, quelques heures après le frisson initial d'une

pneumonie droite. La crise se termine par résolution. La température tomba graduellement les huitième, neuvième, dixième et onzième jours ; à cette date elle était devenue normale. Le quatorzième jour apparaît de la fièvre hectique qui se maintiendra jusqu'à la mort. Au vingt-quatrième jour, on constata un empyème localisé sous le mamelon droit. Comme la cachexie se maintient, on pratique une ponction exploratrice pour s'assurer de la présence d'une collection purulente dans la partie antérieure de la poitrine ; mais cette exploration demeure sans résultat et on décide de la renouveler un ou deux jours plus tard pour aller rechercher le pus dans la partie postérieure de la poitrine, mais cette tentative ne put être faite, le malade étant mort subitement. D'après la localisation de l'épanchement constaté après la mort, il demeure douteux qu'on eût pu le mettre à jour pendant la vie.

Vers le vingtième jour environ, on notait pour la première fois un léger *ictère* en même temps que la présence de la bile dans l'urine. Cet ictère s'accrut graduellement, les urines devinrent très foncées et les selles se décolorent. Il y avait une *sensation de plénitude sous le lobe gauche du foie*. Le trente-quatrième jour de la maladie, il était assis sur son lit, quand il tomba soudain en arrière, perdit connaissance et mourut en dix minutes.

Autopsie. — A l'exception d'une portion restreinte comprimée à la base, le poumon droit est sain ; la plèvre est adhérente. Il y a un épanchement purulent compris entre le poumon, les côtes et les vertèbres, et venant presque en contact avec le rachis. L'estomac et les intestins sont œdémateux ; il y a une grande quantité de sang épanché dans la cavité abdominale,

un énorme caillot occupe le bassin et les régions latérales de l'abdomen. Un anévrisme du volume et de la forme d'une mandarine est découvert sur la branche droite de l'artère hépatique, il siégeait dans le sillon transverse du foie et comprimait le canal hépatique avec une légère extension à la veine porte. La paroi était fort mince et s'était rompue à la région inférieure. Le sac était rempli par un caillot *ante mortem* qui ne présentait aucune trace de ramollissement. Puis on trouve un anévrisme semblable, mais plus petit, également comblé par un caillot *ante mortem* siégeant sur l'artère hépatique gauche, 1 pouce après que le vaisseau a pénétré dans le foie, dont le tissu était comprimé tout autour de l'anévrisme. Cet anévrisme n'était pas rompu. Il n'était pas visible à l'extérieur du foie.

OBSERVATION XIII

P. Sainton. — *Anévrisme de l'artère hépatique. — Rupture de la poche anévrismale dans la cavité péritonéale* (Société anatomique, 2 mai 1896).

H..., quarante-six ans, entré à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Delpech, le 20 avril 1896. Dans les antécédents présentés par lui, on ne trouve à noter qu'une fièvre typhoïde à l'âge de quinze ans, et en 1894 une albuminurie accompagnée d'œdème des membres inférieurs pour laquelle il reste six mois à l'hôpital.

À son entrée dans le service, cet homme se plaint de douleurs dans l'abdomen sans pouvoir en donner une localisation précise; elles sont continues avec des paroxysmes qui

ressemblent à de violentes coliques ; l'examen objectif ne donne guère de renseignement, la langue est saburrale, il existe un peu de constipation, le ventre n'est pas ballonné, la palpation en est difficile, à cause de la contracture des muscles abdominaux, la pression ne réveille pas de points douloureux spéciaux ; à la percussion le foie ne paraît ni abaissé ni sensiblement augmenté de volume. L'urine est un peu foncée en couleur, elle ne contient pas d'albumine ; quelques traces d'urobiline.

L'examen des autres organes ne révèle aucune particularité.

Le soir de son entrée, le malade a une crise douloureuse qui nécessite une piqûre de morphine, la température est de 38° 6. Le lendemain matin, 21 avril, les conjonctives présentent une légère teinte subictérique, les douleurs abdominales persistent avec les mêmes caractères, on songe à une colique hépatique, mais dans la journée les paroxysmes douloureux deviennent plus violents, la teinte jaune des conjonctives se fonce en même temps que l'ictère se généralise et atteint rapidement une grande intensité.

Puis le soir le malade ressent une sensation de déchirement brusque dans l'abdomen et meurt un quart d'heure après dans le collapsus.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort. On constate en ouvrant l'abdomen une hémorragie intra-péritonéale abondante, des caillots sanguins se sont infiltrés dans l'interstice de tous les organes. Le hile du foie est augmenté dans ses dimensions et occupé par une tumeur, qu'une dissection plus minutieuse montre être un anévrisme de l'artère hépatique ; elle est presque sphérique et a le volume d'une grosse orange ; elle se trouve encastrée dans la face postérieure du foie qui se moule sur sa convexité antérieure, elle est comprise à sa partie

inférieure entre deux couches de tissu pancréatique, la postérieure beaucoup plus abondante que l'antérieure. L'artère hépatique pénètre dans la poche à 3 centimètres environ de son origine et à la partie supérieure gauche de celle-ci. La veine porte, immédiatement après sa formation, passe obliquement en sautoir sur la face postérieure de la tumeur où elle s'est creusée une sorte de gouttière, mais elle n'est pas comprimée, ce qui est d'accord avec l'absence de stase dans son domaine pendant la vie. Elle se divise en deux branches dè la façon normale, la branche gauche la plus longue contourne la face supérieure de l'anévrisme, pour aller se jeter dans le lobe correspondant.

Sur la partie droite de la tumeur, se trouve la vésicule biliaire adhérant à la poche assez intimement, elle n'est pas distendue, ses parois paraissent être un peu épaissies, elle contient un peu de bile de coloration verdâtre foncée; le canal cystique paraît perméable. Les canaux hépatiques n'ont été comprimés que tardivement au moment où l'ectasie s'est distendue pour se rompre, le malade n'ayant eu de l'ictère que le jour de sa mort.

La rupture de la poche s'est faite à la partie antérieure, près du lobe gauche, au-dessus du bord supérieur du pancréas, par une ouverture assez large à contours déchiquetés, laissant facilement passer l'index.

Si nous examinons la surface interne de l'anévrisme, nous voyons que les parois en sont très épaisses, les couches les plus jeunes sont formées par des caillots stratifiés qui forment à la face interne de la tumeur une sorte de feuilleté et obstruent l'orifice d'abouchement de l'artère hépatique.

Le volume et la consistance du foie sont normaux, sa coloration est pâle, conséquence de l'anémie consécutive à la rupture.

Chez ce même individu, nous avons trouvé une particularité qui nous a paru digne d'attention : à l'intérieur de l'artère iliaque primitive droite se trouvait un coagulum allongé de 3 à 4 centimètres adhérent à la paroi, traversé par une sorte de canal dans lequel pénètre la sonde cannelée et dont l'orifice inférieur est plus large que l'orifice supérieur. A son voisinage, l'aorte présente quelques lésions athéromateuses, mais elle est saine dans la plus grande partie de son étendue.

Tous les autres organes ne présentaient pas d'altérations notables.

OBSERVATION XIV

(Uhlig. — *Inaug. Dissertation*. Leipzig, 1868.)

Un propriétaire de quarante-huit ans est subitement pris de douleur très violente dans l'abdomen, durant quelques heures.

Quelques jours plus tard, il meurt subitement. La cavité abdominale est pleine de sang.

Autopsie. — Anévrisme de l'artère hépatique de la grosseur d'un œuf d'oie, au hile du foie, ouverture de la perforation grande comme un pois.

La paroi de l'artère hépatique est athéromateuse.

OBSERVATION XV

(Borckers. — *Über anevryisma der arter hepatica*. Kiel, 1878. J.D.)

Homme, dix-huit ans, admis pour ostéomyélite aiguë, ictère, bilirubine dans les urines. Subitement, douleurs violentes dans l'épigastre. Vomissements de sang, répétés le lendemain. Anémie extrême.

Les vomissements cessent, par contre les selles. jusqu'alors couleur d'argile sont, d'une façon répétée, mélangées avec de grandes quantités de sang foncé.

Plusieurs crises de suffocation. Ensuite cessation des hémorragies et des crises. Mais, subitement, la température du malade s'élève à 40 degrés. Huit jours plus tard, il meurt.

Autopsie. — Ictère. Tuméfaction de la rate. Gros foie. Dilatation des voies biliaires : dans leur voisinage, nombreux foyers pulpeux de ramollissement. Voies biliaires extra-hépatiques également dilatées, de même la vésicule biliaire dans laquelle se trouve beaucoup de sang coagulé.

Sur la coupe transversale du foie, la tranche droite de l'artère hépatique est changée en un sac à parois lisses, long de 3 centimètres sur 2 cm. 2 auquel se joint, par un col large de 18 millimètres, un autre sac de 2 cm. 5 de diamètre.

Tout près, à côté du passage de l'artère hépatique, dans l'anévrisme, existe une déchirure béante dans la paroi de l'anévrisme et qui va dans le canal hépatique.

OBSERVATION XVI

(Heschl. — *Grazer Museum in Drasche.*)

Constatations par hasard, chez une malade de cinquante-six ans, morte de tuberculose, d'une dilatation anévrismatique de la grosseur d'un œuf de pigeon, siégeant sur l'artère hépatique avant sa bifurcation.

OBSERVATION XVII

Chiari. — *Ouverture d'anévrisme dans le canal cystique, dans la vésicule biliaire avec hémorragie mortelle* (Prag. med. Woch., 1883, VIII, 33.)

Un homme de trente-trois ans, pendant quatre semaines, souffre de cardialgie. Puis, il vomit un peu de sang et en évacue par l'anus. Il est pris brusquement d'hémorragie intestinale considérable et il meurt.

. Autopsie. — Anévrisme de l'artère hépatique, perforé dans la vésicule biliaire ; celle-ci, contenant des calculs, est perforée elle-même dans la première portion du duodénum.

OBSERVATION XVIII

(Sachs. — *Deutsch med. Woch.*, 1892, 44, 3.)

Homme de soixante ans.

Il y a six ans, première hémorragie profuse de l'estomac, environ 500 centimètres cubes, qui se répétait d'abord environ tous les six mois, ensuite tous les trois mois.

Pas de douleurs d'estomac, pas de sensibilité à la pression. Les selles sont couleur de goudron au moment des hémorragies ; jamais d'ictère. Finalement, mort pendant une hémorragie.

Autopsie. — Anévrisme de l'artère hépatique, perforé dans la veine porte. On constate en outre une varice de l'œsophage crevée au niveau du cardia.

OBSERVATION XIX

Ahrens. — *Deux cas de rupture d'anévrisme des artères splénique et hépatiques* (Inaug. Dissert. Greifswald, 1893.)

Femme de trente-deux ans. Ostéomyélite du fémur. Deux atteintes de collapsus grave, meurt à la deuxième.

Autopsie. — Sac anévrismal de la grosseur d'un œuf de poule siégeant sur l'artère hépatique; il avait, par des hémorragies répétées, produit un hématome dans le ligament duodénal.

La mort fut déterminée par rupture, avec hémorragie interne (dans le péritoine, probablement).

OBSERVATION XX

(Sauerteig. — *Inaug. Diss.*, Iéna, 1893.)

Il s'agit d'un homme de trente et un ans qui, après une pneumonie guérie, tomba subitement malade avec des douleurs violentes dans l'hypochondre droit. Au huitième jour, apparaît de l'ictère.

Trois mois plus tard, en juin 1892, nouvelle attaque de douleurs. Admission à la clinique d'Iéna. Ictère très intense. Le foie est augmenté de volume, surtout dans la région de la vésicule biliaire où on sent une résistance nette.

Diagnostic. — Cholélithiase.

18 juin. — Douleur subite dans l'abdomen; vomissement d'environ $3/4$ de litre de sang pur. On pense alors que le calcul a peut-être fait une perforation et ouvert un vaisseau.

20 juin. — Nouveau vomissement de sang.

23 juin. — Température 39°1. Du sang dans les selles. Opération. Incision d'une tumeur en forme de saucisse, semblant être le cholédoque. Elle contient des calculs. Une violente hémorragie se produit. Tamponnement. La vésicule biliaire est fixée par une suture dans l'angle supérieur de la plaie.

12 et 13 juillet. — Hémorragie intestinale.

14 juillet. — Nouvelle opération. Une ponction de la tumeur, grosse comme une pomme, donne du sang pur. Suture de l'orifice de ponction.

16 juillet. — Mort.

Autopsie. — Anévrisme de la tranche droite de l'artère hépatique avec perforation dans le canal cystique.

Opérateur : Riedel.

OBSERVATION XXI

Schmidt (M.). — *Anévrisme de l'artère hépatique. — De la lithiase biliaire* (Deutsch. Archiv. f. Klin. Med., LII, 5 et 6 et Gaz. Méd. Paris, 1894, 415).

Femme, quarante ans, traitée jusqu'alors pour maladie d'estomac. De temps en temps vomissements alimentaires, avec douleur légère dans l'épigastre et dans l'épaule droite. On ne sait s'il y a eu ictère. Entre ces crises de vomissements, dues, suivant l'indication du médecin traitant, à des indigestions, l'état général était bon.

L'examen objectif de l'estomac et des organes abdominaux, à l'aide de toutes les méthodes disponibles, ne donne pas de résultats, mais on constate que l'épigastre et la région de la

vésicule biliaire étaient insensibles, même à une palpation très forte.

Cinq semaines avant la mort, il s'est produit une hémorragie modérée de l'estomac et de l'intestin. Quelques jours après, une seconde avec évacuation de sang rouge clair par l'anus.

Trois semaines avant la mort, trace passagère d'ictère, mais pas de décoloration des selles. A partir de ce moment, le soir, légère fièvre qui dura jusqu'à la mort.

Pas de frisson, rien de sensible au niveau de la vésicule biliaire ou de l'abdomen.

Finalement, quatrième hémorragie intestinale menant à la mort.

Diagnostic. — Entre ulcère duodénal ou de l'estomac, au niveau de la région prépylorique avec périgastrite et formation de calculs biliaires, perforation dans l'intestin et érosion d'un vaisseau.

Autopsie. — Face inférieure de la vésicule biliaire adhérente au duodénum, trois grandes perforations, devant chacune est placé un calcul biliaire. Tumeur arrondie dans le canal hépatique remplie par les restes d'un anévrisme spurium de l'artère hépatique droite. A la paroi opposée du canal hépatique, on trouve une perforation semblable dans la vésicule biliaire où se trouve encore une portion de caillot. Les deux ouvertures se sont probablement formées par l'effet de la pression d'un calcul avec blessure de la paroi artérielle.

OBSERVATION XXII

(Niewerth. *Inaug. Dissert.* Kiel, 1899.)

Un homme de dix-neuf ans tombe malade le 21 novembre 1893. On constate une tumeur qui semble être, par sa situation et sa forme, la vésicule biliaire distendue.

Le malade est dans le collapsus.

L'opération est pratiquée le 24 novembre 1893.

On trouve du sang dans la cavité abdominale, de même dans la vésicule biliaire.

Une hémorragie importante se déclare au niveau du hile du foie. Tamponnement. Mort après deux jours.

Autopsie. — Gros anévrisme de l'artère hépatique (sac double). Perforation dans la vésicule biliaire, le canal cystique et la cavité abdominale. Le canal cystique comprimé, déplacé. La vésicule biliaire dilatée. Adhérence de l'anévrisme avec foie, duodénum, vésicule biliaire.

Opérateur : inco $\varnothing$ nu.

OBSERVATION XXIII

Bruno-Mester. — *De la Clinique médicale de Breslau.* — Anévrisme de l'artère hépatique (*Zeitschrift für Klinische Medizin.*, 28, 1895).

Le cocher Edouard R..., âgé de quarante-deux ans, reçoit, le 17 juillet 1892, un violent coup de pied de cheval dans l'abdomen. Il perdit connaissance pendant environ une heure et s'éveilla avec des douleurs excessivement fortes dans l'abdo-

men. La crise dura quelques heures ce qui motiva son admission à l'Hôpital.

Facies pâle, pouls faible, respiration superficielle haletante. L'abdomen n'était pas gonflé. A trois doigts au-dessus de l'arc costal droit, dans la ligne mamillaire, ecchymose, très sensible à la pression. Foie, était normal; pas de matité anormale dans les parties dépendantes de l'abdomen.

29 juillet. — Le malade qui se sentit assez bien et sans douleurs, quitta le lit sans permission et eut subitement un grave collapsus, plusieurs selles contenant du sang rouge vif en abondance. En même temps il y avait de nouveau des douleurs violentes dans la région du foie. Faiblesse et anémie excessives.

31 juillet. — Élévation modérée de la température.

1^{er} août. — De nouveau, douleurs excessives.

L'ictère se déclare franchement.

8 août. — Collapsus subit. Fort écoulement de sang avec les selles.

11 août. — Disparition de l'ictère, rétablissement relativement rapide. Bon appétit.

21 août. — Violentes douleurs stomacales.

23 août. — Réapparition de l'ictère. Colorants biliaires abondants dans l'urine.

Les semaines suivantes l'état s'améliore, pas de retour des paroxysmes de douleur, l'ictère disparaît ainsi que l'impression douloureuse dans la région de l'abdomen. L'appétit revient et le malade peut être congédié le 10 septembre.

Cet état ne dura pas longtemps. Les douleurs stomachiques reparurent, suivies de selles contenant du sang en abondance. Ces accidents eurent lieu de cinq à six fois pendant les mois d'octobre et de novembre.

29 novembre 1892. — Le malade entra à la clinique.

Etat : température 37°2. Pouls 80. Respiration 20. Anémie extraordinaire, couleur de la peau, jaune de cire. État de nutrition passable.

Douleurs au-dessous de l'ombilic et un peu à droite de la ligne médiane. Pas d'hémorroïdes.

Examen par le rectum.—Négatif. Urines : quantité moyenne, couleur normale, ni albumine, ni sucre, ni colorant biliaire, ni urobiline. Les selles sont fermes, brunes.

Examen du sang.—Hémoglobine 27 0/0. Les éléments, normaux.

Ordonnance : tranquillité, au lit, diète liquide.

2 décembre, soir. — Jusque-là état bon. Subitement hématomèse abondante accompagnée de douleurs violentes dans tout le corps et spécialement dans l'abdomen. Pouls fréquent, petit. Constipation. Ordonnance. Morphine 0,012 sous-cutanée, vessie glace.

3 décembre. — Nuit tranquille. Les douleurs s'apaisent. Le matin, selles fermes, contenant beaucoup de sang rouge. Hémoglobine 25 0/0.

Démonstration clinique (le prof. Kast).

Diagnostic. — En raison des crises douloureuses, du siège et de la grande intensité de la douleur, du mode d'hémorragie (écoulement du sang avec les selles), tout portait à croire à une ulcération duodénale, dont la cause devait être le traumatisme subit.

D'ailleurs, un pareil cas ayant évolué avec les mêmes symptômes avait déjà été observé dans le service du professeur Kast dans le nouvel hôpital général à Hambourg. Il y avait eu, dans

le cas mentionné, coup dans l'abdomen par une corne de vache et on avait trouvé, *post mortem*, un ulcère duodénal.

3 au 6 décembre. — L'état du malade ne présenta rien d'extraordinaire.

6 décembre au soir. — Vomissements de sang, selles sanglantes : environ 1/4 de litre de sang pur.

11 décembre. — Thérapeutique d'opium continue, selles spon-tanées fermes, noires. Les jours suivants toujours selles noires.

16 décembre. — Les selles reprennent leur couleur normale.

Les semaines suivantes, à part la faiblesse générale, l'état s'améliore, l'appétit qui, comme toujours chez ce malade, s'arrête avec une rapidité frappante après les crises, se fait de nouveau sentir.

Après un repos de trente-deux jours, le 8 janvier 1893, hématomèse abondante. Il n'y a cependant pas trace de sang dans les selles.

18 janvier. — Le malade se plaint de douleurs dans l'abdomen. Vomissements à deux reprises différentes. Pas de sang.

20 janvier. — Selles noires.

1^{er} février. — Douleurs violentes, selles sanglantes. Vomissements, mais pas de sang.

Les jours suivants, sans que l'on ait remarqué une nouvelle hémorragie, des douleurs très violentes. Près de l'ombilic, sensibilité très prononcée à la pression.

15-17 février. — La température monte jusqu'à 38°6 sans autres symptômes locaux. Par ailleurs état passable.

Malgré les pertes fréquentes de sang, le malade pèse 1 kilo de plus qu'à son admission.

1^{er} mars. — Violentes douleurs. Vomissements acides mais

ne contenant ni HCl libre, ni acide lactique. Absence de colorant sanguin. Dans la nuit du 1^{er} au 3 mars un vomissement de sang.

3 mars. — Vomissements simples. Dans les selles des jours suivants beaucoup de sang noir.

14 mars matin. — Vomissement d'un caillot de sang pur, puis plusieurs vomissements alimentaires, coloration purement biliaire. Fortes douleurs dans l'abdomen durant des journées entières.

16 et 18 mars. — Selles noires comme du jais. Nul changement dans l'état général. Nulle résistance anormale dans l'abdomen. L'estomac ne semble pas dilaté et les urines sont toujours libres de colorants biliaires. Jamais d'ictère.

21 mars. — Devant la persistance du mal on décide une opération. Le malade passe en chirurgie.

Opération. — 22 mars (D^r Mickulicz). — Laparotomie.

Après ouverture de la cavité abdominale, examen attentif de l'estomac, de l'intestin et surtout du duodénum. Rien d'anormal qui pût indiquer la présence d'une tumeur ou d'un ulcère.

Cependant, leur existence est possible, et on ne peut trouver une autre source de l'hémorragie, c'est pourquoi on pratique une gastro-entérostomie pour libérer le duodénum.

L'opération ne soulagea pas le malade : ni les douleurs, ni les vomissements ne disparurent et le patient mourut le 27 mars 1893, avec des symptômes ressemblant à l'iléus. L'hématémèse et les selles sanglantes ne reparurent pas après l'opération.

Autopsie. — 29 mars (D^r Kaufmann). — Un cadavre fortement bâti, mais anémié à un haut degré. Plaie de laparotomie de 13 centimètres de long. Après ouverture de la cavité abdominale : l'épiploon, très gras, avec taches grises, adhérent en

plusieurs endroits à la circonférence inférieure de la cavité abdominale. Le péritoine était couvert, çà et là, de taches de pigment noir. Ces taches abondent surtout à la paroi abdominale antérieure.

Gastro-entérostomie. — Après ouverture de l'estomac, on arrive, par une ouverture, dans les deux branches de l'anse de l'intestin grêle, la droite va dans le duodénum, la gauche dans le jéjunum. La première est remplie par un contenu biliaire, la dernière par un contenu pâle.

L'intestin grêle se montre dans l'anse descendante, contenant une matière gris pâle assez épaisse. Puis le côlon ascendant légèrement plié par des adhérences du péritoine, une autre adhérence au-dessus de la flexure hépatique avec le milieu du côlon ascendant. A cet endroit du péritoine les pigmentations sont les plus fortes. Ensuite des adhérences nombreuses entre l'estomac et la surface de l'épiploon.

Dans le cul-de-sac de Douglas, dépôts abondants de pigment. Le duodénum se montre à l'incision assez large, il paraît normal et laisse échapper un liquide filant d'une coloration biliaire.

A l'incision de la papille duodénale, le canal pancréatique laisse échapper un liquide blanchâtre, tandis que le canal cholédoque donne un liquide trouble, biliaire, mélangé avec de petits caillots ressemblant à du pus.

En pénétrant plus avant, on remarque que la lumière du canal hépatique conduisant au lobe droit du foie est obstruée par une masse pyriforme longue de 5 centimètres, large de 3 cm. 5. Une incision à travers le foie la met à découvert. Elle se trouve dans une cavité irrégulière du lobe droit du foie, qu'elle ne remplit pas entièrement, juste au-dessus de l'insertion de la vésicule biliaire dont elle était distante de 2 centi-

mètres. A son extrémité inférieure on peut introduire facilement un doigt entre la masse et la paroi de la cavité.

La masse pyriforme est incisée, elle est molle. Elle renferme une cavité centrale divisée en compartiments séparés par des cloisons parmi lesquelles une surtout frappe par sa grandeur.

La paroi du corps pyriforme entourant cette cavité est formée de couches concentriques. Elle a 7 centimètres d'épaisseur et possède plusieurs perforations en tamis qui mènent en partie dans la grande cavité, mais dont une va directement dans le canal hépatique. La plus grande cavité est entourée d'un tissu calleux, pâle, d'un aspect gris, dans lequel sont encore visibles, à certaines places, des restes de parenchyme du foie, imbibé de bile. Elle ne possède aucune membrane clairement limitée, la revêtant.

Une sonde introduite dans la branche droite de l'artère hépatique pénètre dans l'intérieur du corps pyriforme. Le conduit hépatique droit en est extraordinairement élargi.

Là où le bouchon obturateur est situé, incisé sur une longueur de 2 centimètres, il va dans le foie sur une certaine longueur, traversant la masse pyriforme et communiquant avec sa cavité centrale. Donc, du sang pouvait entrer de l'artère hépatique dans le conduit hépatique.

Par ailleurs, le foie n'est pas changé, seulement, à un endroit, dans le lobe droit, à la face supérieure, près du ligament supérieur, se trouve au-dessous de la capsule, une masse jaune brunâtre, de la grandeur d'une noisette. Elle consiste exclusivement en cristaux d'hématoïdine.

Aux autres organes, on a constaté brièvement : dégénérescence adipeuse du muscle du cœur, broncho-pneumonie, anémie générale très grande. Pas de péritonite.

OBSERVATION XXIV

(Hansson. — *Hygiæa*, 1897.)

Homme de dix-neuf ans. Ostéomyélite aiguë. Pendant la convalescence, vomissements de sang répétés avec des symptômes incertains d'ulcères du ventricule ou du duodénum. Finalement hémorragie mortelle.

Anévrisme de l'artère hépatique droite communiquant avec le canal hépatique.

OBSERVATION XXV

(Sommer. — *Prager Medizin, Woch.*, 1903, XXVII, n° 37.)

A. K..., vingt-huit ans, marié, charpentier. Le malade dit avoir souffert, étant enfant, de maux de tête violents combinés avec des douleurs d'estomac, vomissements de glaires. A part ces crises, sa santé était bonne. Dans sa dix-septième année les crises douloureuses devinrent plus rares.

Il y a dix ans et il y a trois ans pneumonie avec évolution normale. Le 29 janvier 1904, nouvelle pneumonie. A la suite de cette maladie, les troubles digestifs reparurent et il devint à peu près ictérique. En même temps, faiblesse extrême, manque d'appétit, maux de tête violents.

Les selles doivent avoir été acholiques. Le malade reconnaît avoir bu modérément.

État présent : 7 mars 1901 :

Malade de grandeur moyenne, d'une forte constitution. Musculature faible. Téguments de la peau fortement colorés

d'ictère, pas d'œdème, pas d'élévation de température. Conjonctives très pâles, langue noire chargée, muqueuses de la bouche, normales.

Le foie n'est pas gros. Rate non palpable, matité ordinairement limitée.

L'abdomen, un peu affaissé, est partout un peu sensible à la douleur. Urines, 140 centimètres cubes, contiennent en abondance des colorants biliaires, sans autres éléments pathologiques. Selles, une ou deux fois par jour tout à fait acholiques.

18 mars. — Le malade a dans la région du foie et rayonnant dans le dos et la poitrine de violentes douleurs semblables à des coliques. Le cœur et les poumons sont normaux. La région du foie est très sensible à la douleur. Le péritoine est tendu, pas d'élévation de température. Pouls 68. L'aspect des selles n'a pas changé.

20 mars. — Nouvelle crise. Absence de calculs biliaires dans les selles. Température 37°8. Pouls 80.

30 mars. — Vomissements après crise de coliques. Environ 300 centimètres cubes d'un liquide contenant beaucoup de sang non altéré. Augmentation des douleurs dans la région de la vésicule biliaire. La vésicule biliaire elle-même n'est pas palpable. Forte tension de l'abdomen. Température 37°6. Pouls 80. Sept heures après les vomissements, selles complètement acholiques, sans mélange de sang.

31 mars. — Selles très abondantes et fortement sanglantes. Depuis l'hémorragie, l'urine est plus fortement colorée. Pouls relativement bon. Nouvelles crises douloureuses. Vomissement sanguinolent.

1^{er} avril. — Évacuation, par l'anus, d'un coagulum long de 3 centimètres, épais de 3 centimètres, dont la surface porte

l'empreinte exacte des replis de Kerkring, en même temps écoulement de sang liquide, rouge foncé.

2 avril. — Selles mélangées de sang fortement altéré. Pouls faible à peine perceptible.

10 avril. — L'abdomen est moins tendu. On peut palper le foie. La limite inférieure est dans la ligne mamillaire à quatre doigts au-dessous de l'arc costal. Sa consistance n'a pas augmenté. La vésicule biliaire, n'est pas palpable. Il y a toujours à droite de l'abdomen une forte sensibilité à la pression. Selles acholiques.

12 et 13 avril. — Selles mélangées avec du sang mi-liquide, mi-coagulé.

Sans continuer le détail des observations, je ferai remarquer que le malade a eu pendant les deux mois suivants des crises répétées de douleurs violentes, après lesquelles il se remettait relativement vite. Dans les intervalles, il y eut des douleurs dans l'épigastre qui ne montraient pas de relations avec la nutrition. L'ictère ne disparaissait pas, cependant il y eut des variations dans son intensité.

Lorsque les crises violentes étaient passées, on pouvait parfois sentir la vésicule biliaire. Elle dépassait le bord du foie d'environ 4 centimètres et était très sensible à la pression.

Pas de glycosurie alimentaire (100 gr. sucre).

25 mai. — Œdème général des téguments de la peau. On trouve des épanchements liquides dans les deux sacs pleuraux et dans l'abdomen. Le poids monte rapidement à 71 kilogrammes. Faiblesse s'augmente. Pouls 80-88. Ictère continu. De temps en temps accès de douleurs plus violentes. Selles gris blanchâtre, pas de sang.

5 juin. — Crise plus forte. Vomissement non mélangé de

sang. Trois selles sanguinolentes. Faiblesse extrême. Pouls 112.

8 juin. — Mort sans symptômes frappants.

Autopsie (Prof. Eppinger). — Hydrops général. Péricarde sans graisse, contient beaucoup de liquide clair.

Dans la cavité abdominale une grande quantité de liquide clair coloré par l'ictère. Position des intestins un peu changée. Lobe droit du foie un peu descendu, vésicule biliaire fortement dilatée fixée à la flexure hépatique du côlon. L'agrandissement de la vésicule biliaire s'étend aussi en arrière et, en haut, le pôle supérieur du rein droit est un peu aplati.

De l'embouchure du canal cholédoque s'écoule du sang foncé en partie liquide, en partie coagulé.

Le canal cholédoque, en partant de la papille, est normal sur une longueur de 7 cm. $1/2$, ensuite, jusqu'à l'embranchement dans les deux canaux hépatiques, dilaté en un sac de 7 cm. $1/2$ de long, 9 centimètres de largeur et autant de profondeur. Ce sac est complètement rempli de masses thrombosées de sang ferme.

De la paroi postérieure de ce sac s'élève une saillie haute de $1/2$ centimètre qui se continue vers le haut et en avant et paraît à son bord libre comme frangée, tandis que la face droite de cette saillie est revêtue d'une muqueuse rude qui se continue dans la moitié droite du sac du canal cholédoque. Le côté gauche a un revêtement qui correspond à l'artère. Intima épaissie et se continue dans le revêtement de la moitié gauche du sac nommé.

Celui-ci communique, par une ouverture haute et large de 3 centimètres, avec une dilatation en forme de sac de l'artère hépatique qui touche le côté gauche de cette moitié du sac. Ce sac de l'artère hépatique est situé sur sa branche ascendante,

juste derrière l'endroit du dégorgement de l'artère splénique, à la paroi droite de celle-ci et forme en partie la paroi gauche du sac du canal cholédoque.

La veine porte est placée derrière les sacs et est perméable.

Le canal cystique débouche dans la paroi droite du sac du canal cholédoque, est plié vers le haut et débouche dans la vésicule biliaire. Celle-ci est dilatée en un sac de 13 centimètres de long, 9 centimètres de grosseur et est remplie de coagulations foncées.

L'extrémité supérieure du canal cholédoque se heurte au point de division des canaux hépatiques fermant complètement ceux-ci, de façon qu'à partir de là, jusque vers la périphérie du foie, les voies biliaires sont fortement dilatées.

Le pancréas est entouré de tissu œdémateux. Le canal de Wirsung est d'un diamètre normal. L'artère splénique, non plus que les autres artères ou veines, n'est pas altéré.

Diagnostic de l'autopsie. — Anévrisme de l'artère hépatique comprimant les voies biliaires avec perforation dans le canal cholédoque. Ictère.

OBSERVATION XXVI

(Sommer, 2^e observation.)

J. B..., soixante-cinq ans, célibataire. Dans sa jeunesse, la malade a eu de la chlorose et a beaucoup souffert de maux de tête, vertiges et douleurs d'estomac. Elle a eu quelquefois des vomissements, mais jamais sanglants; jamais non plus de selles noires.

En 1874, accouchement, avec couches fiévreuses et péritonite.

En 1881 nouvelle péritonite avec douleurs continues, violentes dans tout l'abdomen, diarrhée, fièvre, œdème des jambes sans ictère.

La malade souffrit, pendant des années, d'une constipation rebelle. Sa maladie actuelle se rapporte à un traumatisme. Elle tomba dans l'obscurité et le ventre porta sur l'angle d'un baquet. Trois jours après elle ressentit des douleurs violentes, aiguës, dans la région supérieure droite abdominale qui rayonnèrent dans les jambes et la région lombaire.

Petit à petit, les douleurs s'étendirent à tout l'abdomen, qui devint douloureux même à un léger attouchement.

La malade ne vomit pas pendant quelque temps, mais la constipation devint plus rebelle encore. Les selles avaient un aspect de brûlé; elles étaient sèches et noires comme du jais. Très peu de nutrition; absence d'appétit, soif intense. Amaigrissement important. La malade, admise à l'hôpital le 19 novembre 1901, est portée plusieurs jours plus tard à la clinique médicale.

État actuel. — Malade pâle, bâtie délicatement, fortement amaigrie.

Température normale, pas d'œdème. Nulle part de ganglions lymphatiques palpables.

Fortes douleurs assez localisées dans le mésogastre, rayonnant dans la région lombaire, s'exacerbant à la nutrition.

Vomissements. Soif. Bouche pâteuse. Artère radiale légèrement rigide. Pouls 116, rythmique, fort, tendu normalement.

Limite inférieure du foie, derrière, de deux côtés, la dixième vertèbre thoracique. Bruit de la respiration. Légèrement vésiculaire devant et dans le dos.

Abdomen peu volumineux. Grande sensibilité à la pression, surtout dans l'épigastre.

Le foie n'est pas nettement palpable. Sa matité commençant dans la ligne mamillaire de la septième côte, s'étendait vers le bas, un peu sur l'arc costal. Une tumeur n'est pas palpable, on ne trouve pas de liquide dans la cavité abdominale.

Fonction de l'estomac : pas d'acide libre; acidité totale 25 0/0. Beaucoup d'acide lactique. Au microscope : sarcines, graisse, fibres musculaires. Sept heures après le repas, l'estomac contient encore des restes du manger.

Urines, 400 centimètres cubes. Poids spécial 1017. Ne contiennent pas d'éléments pathologiques.

10 décembre. — La malade vomit une masse assez considérable de liquide brun noir dans lequel on trouve, à l'aide du microscope, des globules rouge de sang isolés avec de nombreux caillots et des détritux de sang.

11 décembre. — Somnolence, pouls 108, petit, très facilement compressible. Vomissements de masses sanglantes. Mort dans la matinée.

Autopsie (Prof. Eppinger). — Péricarde adipeux. Cœur oblique, grand, assez contracté. Le ventricule droit plus large, la chair du cœur de couleur gris brun, paroi épaisse, très cassante. Valvules délicatés, capables de se fermer.

Le commencement de l'aorte montre des épaisissements ronds, blanchâtres, de l'intima.

Intima de l'aorte thoracique descendante en partie imbibée de sang et à certains endroits épaissie, blanchâtre.

Le mésentère, dans la région du jéjunum inférieur est fortement imbibé de sang.

Dans la cavité abdominale, beaucoup de sang foncé, liquide

et coagulé. Après enlèvement du coagulum on voit le péritoine couvert partiellement de masses fibreuses.

Le mésentère de l'intestin grêle est fort, épaissi, tumescent, luisant, noir rouge. A peu près au milieu de sa feuille gauche, une déchirure qui laisse échapper du sang mi-liquide, mi-coagulé. Par cette ouverture on arrive dans un sac, entre les feuillets du mésentère de l'intestin grêle, qui est rempli de sang coagulé et de fibrine, et s'étend d'un côté jusqu'à l'insertion du péritoine de l'intestin grêle, à la paroi abdominale postérieure, et de l'autre côté jusqu'à l'insertion, à l'intestin.

Le contenu de l'estomac ressemble à du marc de café. La muqueuse imbibée de quelques érosions hémorragiques est par elle-même pâle.

Le contenu du duodénum est coloré par du sang. A la paroi supérieure, au point de flexure de la branche verticale du duodénum, dans l'horizontale inférieure, se trouve une ouverture qui conduit dans une cavité située devant la partie latérale de la branche inférieure horizontale. Cette cavité presque sphérique a 6 centimètres de diamètre et s'élève encore au-dessus de la partie nommée du duodénum. Elle paraît avoir deux chambres, parce que la partie située devant le duodénum est limitée en arrière par celui-ci, et en avant par l'insertion, saillie demi-sphérique, de la racine de l'intestin grêle.

De cette partie du sac on arrive, par une large fissure, dans le sac situé entre les feuillets du mésentère. La partie supérieure volumineuse du sac mentionné plus haut s'étend au delà du milieu de la tête du pancréas, remplaçant presque celle-ci, et se montre comme une formation anévrismatique de l'artère gastro-duodénale, au point de division de cette artère, en artère pancréatico-duodénale et artère gastro-épiploïque droite.

L'artère hépatique frappe par sa largeur et l'épaisseur de ses parois. Elle se divise normalement, les deux artères sont larges et ont des parois épaisses, et à la paroi postérieure du point de division de l'artère se trouve une ouverture en cercle de 1/2 centimètre au bord de laquelle la paroi de l'artère passe dans la paroi du sac.

Les artères pancréatico-duodénale et gastro-épiploïque droite, continues d'une façon normale, ont des parois et une largeur normales.

Avec la paroi antérieure du sac, adhère très intimement le tissu de la tête du pancréas. A travers sa paroi postérieure passe le canal de Wirsung qui glisse dans la paroi latérale du sac, uni aussi très étroitement avec la paroi interne de la portion descendante du duodénum.

Le canal de Wirsung est sur toute sa longueur de diamètre normal, et perforé par ci par là le long de la paroi de l'anévrisme, lequel est rempli d'un thrombus sphérique entouré de sang liquide et coagulé.

Les reins, pâles; à leur surface des cicatrices d'infarctus.

Le foie est légèrement cirrhotique. Le canal intestinal est inaltéré. La muqueuse du rectum est pâle, délicate; dans le rectum des fèces brunâtres.

Diagnostic. — Anévrisme de l'artère gastro-duodénale proéminent au pancréas et au duodénum avec perforation dans le duodénum et hémorragie dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION XXVII

(Brion. — *Deutsche Artz. Zeit.*, 1901, n° 18.)

Un jeune homme de quinze ans, robuste, à la sixième semaine d'une fièvre typhoïde compliquée de néphrite grave, avec anasarque et hypertrophie du cœur.

La fièvre ne tombe pas franchement. Le foie est gros, puis apparaissent quelques douleurs légères à l'épigastre, bientôt suivies d'une douleur très vive, avec pâleur, sueurs, pouls rapide et une température de 38°6.

Une demi-heure après l'attaque, selles sanglantes de 1 lit. 1/2 en tout; liquide et caillots longs de 2 à 5 centimètres, lisses et ressemblant à des saucisses.

On fait le diagnostic de rechute. Mais quarante-huit heures après l'hémorragie intestinale, coloration jaune verdâtre des conjonctives. Urines, réaction de Gmelin. Selles grises presque terreuses.

Brion pense qu'il s'agit de cholécystite et angiocholite.

Le lendemain douleurs à l'épigastre et l'hypochondre droit. Hémorragie intestinale de 1/2 litre. Gros foie. Vomissements alimentaires.

Amélioration les jours suivants. Toutefois, température 39°5- et 40 degrés.

Mort, neuf jours après la première hémorragie.

Autopsie (faite par Von Recklinghausen). — Dans le péritoine, liquide séreux presque jaune clair, l'épiploon est légèrement collé sous l'ampoule biliaire.

Vésicule biliaire ouverte. Il en sort un liquide jaune clair, en partie trouble. Pas de lithiase.

Grosse rate. Ganglion au pancréas et au mésentère.

Le cholédoque n'est pas comprimé par les ganglions.

Foie très gros : 25 centimètres de long, 16 pour le lobe droit ; large à droite de 21 centimètres et à gauche de 17 centimètres. Épaisseur à droite 8 cm. 1/2, à gauche 6 centimètres. A la surface du lobe droit, principalement au bord, existent des portions très blanches à contours bien déterminés.

A l'incision, nombreux foyers jaune intense, gros comme des pois, quelquefois en bandes.

Dilatation des canaux biliaires. Dans le lobe se trouvent quatre foyers de la grosseur d'une noix constitués par des caillots sanguins. Dans le plus gros de ces canaux, on peut suivre un canal biliaire qui s'élargit, il s'agit là d'anévrisme.

Examen microscopique. — Infiltration très marquée de cellules rondes dans le tissu portal.

L'épithélium des voies biliaires persiste ; quelques cellules desquamées.

Les petits foyers décrits comme imbibés de bile étaient en connexion immédiate avec le tissu portal, bien qu'ils fussent inclus dans le parenchyme propre du foie.

Formation ovale provenant de l'agglomération de petits foyers ronds, renfermant des cellules rondes, incluses dans la périphérie du foyer entre les cellules du foie. En certains points, limites formées par des cellules rondes dont les noyaux sont riches en chromatine.

Les cellules du centre ne présentent, la plupart du temps, aucune coloration du noyau ; au contraire souvent des masses hyalines.

Une deuxième catégorie de petits foyers, plus rares que les premiers, n'avaient aucune connexion avec le tissu portal ; ils se trouvaient au milieu de l'acinus hépatique. C'étaient des

noyaux ovoïdes pâles qui laissaient reconnaître distinctement le noyau des cellules hépatiques, qui touchaient au tissu hépatique normal sans l'interposition d'aucune zone de cellules rondes; mais leur noyau avait perdu sa coloration et cela d'autant plus que les cellules étaient proches du centre.

Il s'agissait d'angiocholite et de péri-angiocholite, avec commencement d'abcès et d'hépatite sequestrans.

OBSERVATION XXVIII

Kehr (H.). — *Der erste Fall von erfolgreicher Unterbindung der. arteria hepatica propria wegen Aneurisma* (Münchener med Woch., 1903, I, 1861-1867).

O. S..., invalide militaire de Harlitz, âgé de vingt-neuf ans.
Admis le 10 août 1903, opéré le 12.

Antécédents. — Le malade a joui d'une bonne santé jusqu'en 1901. Dans sa famille, du côté paternel, on signale des cas de lithiase biliaire.

Au milieu de mars 1901, commence une pleurésie du côté gauche et le malade reste alité pendant dix semaines.

Une ponction ne donne aucun exsudat.

Le patient se rétablit, mais au commencement de novembre 1901, il est pris de crampes d'estomac qui durent une demi-heure et plus. Après les crises apparaît de l'ictère qui dure trois ou quatre jours. Ni fièvre ni frisson:

Ces accès se reproduisent deux fois par mois, puis ils deviennent plus fréquents.

Au milieu de mars 1902, le patient se fait porter malade et on constate immédiatement une hypertrophie du foie et de l'ictère.

Ch. Villandre

Il fut traité par des enveloppements froids et prit du sel de Carlsbad.

Peu de temps après, un mieux sensible apparut, mais à la fin de mars 1902, le malade eut un vomissement de sang très abondant qui revint presque journellement pendant quatorze jours. Comme il existait de violentes douleurs dans la région épigastrique, on pensa à des ulcères d'estomac. Les hématuries reviennent encore plus fréquentes.

Les coliques avec ictère continuèrent jusqu'à la fin de 1902, elles revenaient deux fois par mois. L'ictère s'accrut en juillet à Carlsbad après une nouvelle hématurie.

Puis coliques violentes, crampes dans la région hépatique, vomissements; après les accès quelques jours d'ictère. Fièvre de temps en temps, pas de frissons.

Exploration radiographique. — On ne trouve pas de lithiase biliaire, pas de cailloux dans les selles.

Dans les derniers temps pas de coliques, pesanteurs dans la région hépatique, bon appétit, selles régulières.

Signes physiques. — Homme anémique anhéant. Vésicule biliaire du volume d'un poing d'homme, mais impalpable. Foie normal. Rien dans les urines. Cœur et poumons sains.

L'exploration gastrique n'a pas été faite à cause des hématuries.

Diagnostic. — 1° Hydropisie de la vésicule biliaire par ulcère duodénal;

2° Ulcère duodénal sur l'ampoule de Water, d'où rétention de bile dans la vésicule. L'ictère aurait dû être plus accentué;

3° Anévrisme de l'artère hépatique;

4° Kyste hydatique de la vésicule biliaire.

Incision exploratrice. — 12 août 1903.

On n'a pas fait de lavages d'estomac à cause du danger d'hémorragie. Incision en baïonnette. Quelques adhésions entre la vésicule biliaire, le foie et le péritoine sont séparés. La vésicule biliaire, elle-même, très grosse, est adhérente de tous côtés à l'épiploon et très distendue.

Ponction et aspiration de 360 centimètres cubes d'un liquide ressemblant à du cacao (sang). On ne trouve pas de calculs.

Au col de la vésicule biliaire, on sent une tumeur dure, ayant des pulsations, de la grosseur d'un œuf de poule.

Diagnostic d'anévrisme très probable. Il coule encore un peu de liquide brunâtre dans les tampons.

Dans le canal cystique il existe des caillots. Après leur enlèvement, hémorragie abondante. On met le doigt dessus et tamponnement serré. Anévrisme de l'artère cystique, plus probablement de la branche droite de l'artère du foie.

Ectomie de la vésicule biliaire; celle-ci est étroitement adhérente au foie, c'est pourquoi on entre souvent dans le tissu du foie.

Fort écoulement biliaire, forte hémorragie. Tamponnement. Mise à nu du ligament hépato-duodéal. Le canal cholédoque, la veine porte, l'artère hépatique sont séparés. En faisant ceci, l'index gauche est mis dans l'hiatus de Winslow et lève le ligament tellement haut que son extrémité apparaît au-dessus de celui-ci.

L'artère hépatique ligaturée doublement est coupée entre les deux ligatures. Vaissseau de la grosseur d'un crayon. Une sonde, introduite dans la cavité de l'anévrisme de la grandeur d'un œuf d'oie et ne saignant plus, constate que la ligature ferme bien l'entrée du sac de l'anévrisme. On incise le sac largement et on enlève les coagulations de fibrine. Il se produit

alors une légère hémorragie. Tamponnement serré, surtout du lit du foie saignant beaucoup.

Hépatopexie avec deux fils. On divise le cystique jusqu'au cholédoque; le canal est assez large, libre. Pas de drainage de l'hépatique, pas de suture; tamponnement.

Estomac sain. La vésicule biliaire est très augmentée de volume, les parois épaissies.

La vésicule biliaire, fortement dilatée, a une paroi très rude, épaisse jusqu'à 8 millimètres, dont la face interne présente un aspect varié: plaques irrégulières d'un blanc gris variant avec plaques brun rouge. En général, la surface apparaît exempte de cicatrices et de muqueuses.

Au microscope, on ne trouve plus rien de la tunique musculaire ni de la muqueuse.

En d'autres points, caractères d'un tissu granuleux chroniquement inflammatoire, avec fortes inclusions de pigments hématiques grossièrement granuleux se transformant en un rétrécissement cicatriciel. A d'autres endroits encore, un tissu inflammatoire plus frais, traversé d'hémorragie.

Le caillot anévrisimal est constitué par couches superposées concentriques.

Durée de l'opération, une demi-heure, très bonne narcose d'oxygène de chloroforme (50 gr. chloroforme).

Évolution. — Pouls après l'opération 100, fort. Le malade est agité, souffre beaucoup; on lui donne de la morphine, 0,01.

12 au 17 août. — Température entre 37°5 et 38°6. Pouls 100-110. Pas de sang dans le pansement. Pas de vomissements. Gonflement spontané après quarante-huit heures. Le 17 août, selles.

On renouvelle tous les jours le pansement, parce qu'il est

imprégné de bile. Les tampons restent. L'abdomen est souple, il n'est pas douloureux.

18 et 19 août. — Température 38°2-38°8. Pouls 100-110. Pansement imprégné de bile. Le 19 on enlève quelques tampons. La plaie a bon aspect, mais le foie est tout à fait exsangue, d'un aspect gras.

Une incision profonde de 1 centimètre dans le lobe droit du foie fixé par hépatopexie ne fait pas sortir une goutte de sang, nécrose sèche.

Dans quelle mesure celle-ci a-t-elle progressé? On ne peut naturellement le constater. Les tampons profonds restent. Abdomen souple. Selles spontanées.

20 août. — Même température. Un peu d'ictère. État général bon.

22 août. — Enlèvement de tous les tampons. Le bord droit du foie est nécrotique. Par ailleurs, plaie en très bon état.

Écoulement de bile diminué. Pouls 96. Le soir 37°6. Appétit modéré. L'ictère reste stationnaire. Le malade fait, en général, très bonne impression. Nouveau tamponnement peu serré. Les fils restent longs. L'artère hépatique bat fortement,

23 août. — Peu de bile dans le pansement. On voit maintenant clairement que c'est seulement le bord du foie qui se détache et la nécrose pénètre à peu près de 2 centimètres de profondeur.

Entre le foie sain et le foie nécrotique apparaît de la bile toute claire (de la ligne de démarcation): Température 37°6-37°9. Pouls 80-90. Selles un peu colorées. Nouveau tamponnement lâché.

L'ictère s'atténue visiblement. Changement de pansement en présence du Dr Offenbach de New-York.

24-30 août. — Plus de température. Pouls 80-90. Bon appétit. Changement de pansement tous les deux jours. La plaie diminue tous les jours ; les fils se sont détachés. La nécrose du foie est fortement marquée ; la séparation est presque totale.

31 août. — Changement de pansement en présence du Dr Stone de Washington. Les deux ligatures de l'hépatique se détachent. On enlève avec des ciseaux la partie nécrotique du bord droit du foie. Plus d'écoulement de bile. Tamponnement peu serré.

A partir de ce moment, l'amélioration continue. La plaie diminue de plus en plus.

2 septembre. — Le malade se lève pour la première fois. L'anémie a diminué considérablement. Appétit excellent.

28 septembre. — La plaie est presque cicatrisée, le malade pourra être congédié dans quelques jours.

OBSERVATION XXIX

Grunert. — *Über das Aneurysma der Arteria hepatica*
(*Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, 1904, LXXI, 158-178).

Homme de vingt et un ans, entré le 22 février 1902 à l'hôpital militaire de Magdbourg, jusque-là bien portant.

On lui reconnaît une péri-pneumonie, céphalée, frissons, point de côté, la température est à 40 degrés.

1^{er} mars. — Chute de la température en lysis, au-dessous de la normale.

10 mars. — Quelques ascensions vespérales jusqu'à 37°8.

La température reste normale jusqu'au 27 mai, jour terminal de la maladie.

12 mars. — Les râles ont disparu : ni toux, ni expectoration. Etat général, très bon.

16 mars. — Quelques râles à la base des poumons, en arrière, à droite.

La peau présente dans toute la partie supérieure du corps une forte coloration jaune.

L'urine est couleur de bière brune. La région épigastrique est un peu tendue.

20 mars. — La couleur jaune s'exagère. Selles blanchâtres et consistantes. L'urine contient des pigments biliaires.

28 mars. — La coloration de la peau subsiste. Dans la région lombaire droite, s'ouvre un abcès survenu spontanément.

L'état général rétrograde. La semaine suivante, l'état du malade est stationnaire.

4^{er} mai. — L'ictère est plus localisé. Selles brunes. L'urine est encore jaune foncé. Le foie va du bord supérieur de la sixième côte à un travers de doigt au-dessous du bord des cartilages costaux.

Le lobe gauche du foie est visiblement douloureux dans les respirations profondes.

A ce niveau, on perçoit de la distension. Pas de toux, pas d'expectoration et pourtant les bruits de râle réapparaissent à droite, en arrière et au dos.

27 mai. — L'ictère existe toujours, mais il est moins étendu. Aucun autre signe pathologique à noter. Le foie se dilate. L'appétit et la digestion sont réguliers avec une légère diète.

Il quitte l'hôpital. Envoyé pendant quatre semaines aux bains, il part comme invalide.

Lorsque le malade fut enrôlé il pesait 58 kilos, le 18 mars 1902 47 kilos, et le 19 mai 53 kilos.

L'hiver 1902-1903 le malade ne se sentait pas très bien. La jaunisse subsistant encore, il fut reçu le 25 février 1903 dans notre hôpital.

La couleur jaune de sa peau n'avait jamais disparu, mais elle s'était de plus en plus réduite. Depuis quatre semaines il y avait une recrudescence.

Le malade n'avait eu, lorsque la couleur jaune était apparue pour la première fois, que des douleurs dans la région du foie et de l'estomac.

Ces douleurs devinrent sourdes, nocturnes surtout. Elles ont duré huit jours et ont disparu sans laisser de traces. Maintenant, il ne signale que des tiraillements dans la région du foie et de l'estomac, quand il se tient debout. Jamais de douleurs du côté du tube digestif.

Le malade est en bon état, d'une musculature normale. Ictère de la peau et de la conjonctive. Pas d'exanthème ni d'œdème : poumons sains. Les bruits du cœur sont normaux, le pouls est régulier. L'abdomen est souple, non distendu. Le foie dépasse de deux travers de doigt le bord des côtés, il est de consistance dure ; son bord inférieur est aigu et dur. La vésicule biliaire n'est pas sensible. Dans l'hypogastre on trouve une certaine résistance. La rate n'est pas sensible. La sensibilité est intacte ; les réflexes normaux. Selles gris blanchâtre. Absence de suc et d'albumine dans les urines. Pigments biliaires. Appétit. Sommeil. Poids 55 kgr. 300.

Diagnostic. — L'idée d'une compression du canal hépatique par le fait d'un calcul biliaire ou d'un ulcère du duodé-

num est à abandonner, en raison de l'absence des symptômes ; nous n'avons ni de violentes coliques ni d'hémorragies.

Le canal cholédoque ne pouvait pas être comprimé, puisque nous n'avons jamais senti la vésicule biliaire.

On pouvait encore penser comme cause de compression à une sténose cicatricielle ou à une tumeur.

Contre la sténose cicatricielle il n'y avait que l'ictère qui fût de nature changeante dans le cours de cette longue maladie. Dans une compression cicatricielle, l'ictère aurait dû cesser complètement, ou bien au moins rester constant avec la même intensité.

Il ne restait que la possibilité d'une tumeur. Ce ne pouvait être que difficilement, car l'état général du malade se serait aggravé en une année. Dans le cas d'une tumeur, les variations d'intensité de l'ictère s'expliquent facilement, si l'on admet une compression changeante, passagère, grâce à laquelle la pression sur le canal hépatique serait plus grande à certains moments.

4 mars 1903.— Laparotomie (Dr Habs), perpendiculairement, au bord costal droit et en descendant, 10 centimètres de long. Le foie est gonflé, dur, l'écorce est lisse, la vésicule biliaire est à moitié remplie d'une bile vert foncé.

Après son ouverture on arrive, en essayant de sonder le canal hépatique, sur une tumeur tendue, de la grosseur d'une pomme, qui entoure le canal de tous côtés et l'a tellement déplacé que le sondage est impossible.

La tumeur n'est pas pulsatile. Une ponction en retire un sang rouge, sirupeux et clair. Maintenant le diagnostic est clair, c'est un anévrisme de l'artère hépatique.

L'intervention ne va pas plus loin ; on extirpe simplement la vésicule biliaire déjà ouverte.

Tamponnement de Mickulicz.

Stéthoscope soigné. Pansement aseptique. Les jours suivants, pas de pus, mais de la bile et du sang à travers le pansement.

Fièvre. Bronchite. L'ictère augmente.

12 mars 1903. — Affaiblissement progressif. Mort.

Autopsie (prof. Thomas). — Cadavre de taille moyenne, forte constitution ; ictère violent. Sur le côté droit de la région hypochondriale, une incision de 12 centimètres de long, dont les lèvres sont suturées. Dans les plaies reposent des tampons saturés de sang.

L'incision traverse la paroi abdominale. Du côté interne, le grand épiploon, les couches subjacentes au foie, le surtout péritonéal de la coudure droite du côlon sont partiellement soudés par du tissu cicatriciel avec le pourtour de la plaie et partiellement collés, grâce à un épanchement de sang fibrineux. Les intestins sont lisses et brillants.

Les tampons qui se trouvent dans la plaie vont jusqu'aux dernières couches du foie et au hile du foie, et présentent quelques adhérences.

Le cœur est petit, les muscles un peu raidis ; l'endocarde et les valvules ainsi que le péricarde ne sont pas endommagés.

Le poumon gauche, dans toute son étendue, est adhérent à la paroi, seulement libre et un peu durci au niveau du bord inférieur de la plèvre.

Le tissu du poumon contient peu d'air et est parsemé de taches rouges.

Le poumon droit, lui, est en grosseur pareil au gauche, mais

ici les taches rouges sont circulaires, vides d'air et font un peu saillie.

La plevre est en bas et à droite couverte de dépôts fibreux, ou bien a contracté des adhérences.

Les bronches présentent de part et d'autre un tissu rouge et gonflé et sont distendues par endroits.

Dans l'intestin grêle, les follicules lymphatiques sont plus visibles, le contenu est gris, avec des traînées verdâtres.

La rate est gonflée, les corps de Malpighi et les trabécules peu sensibles, la capsule en est lisse, la pulpe gris rouge et molle.

L'aorte est normale, les tuniques internes lisses avec des traînées graisseuses.

La vésicule biliaire est absente, le reste du canal cystique est encore visible.

A gauche de ce point du canal se trouve une tumeur de la grosseur d'une pomme sur laquelle adhèrent des caillots.

Cette tumeur semble être développée sur le courant d'un anévrisme sacciforme du tronc de l'artère propre du foie, dont la paroi est de consistance dure au niveau de la racine de l'anévrisme, tandis que plus loin elle ne consiste qu'en fibre comme tissées ensemble, d'une façon un peu lâche et de fibrine durcie.

Cet anévrisme, par sa partie supérieure, comprime la portion terminale du canal hépatique.

On voit sans peine la contiguïté des canaux cystiques et cholédoques; le canal cholédoque le traverse, mais sa paroi lisse n'est pas colorée par le liquide biliaire.

Le canal hépatique est devenu filiforme par l'effet de la compression.

Plus loin, dans le foie, il s'élargit en un canal dilaté dans

lequel un doigt peut pénétrer. Il est rempli d'une bile écumeuse grumeleuse et d'un vert foncé. La paroi du canal est très imprégnée de bile.

Le foie est très augmenté de volume. Ses bords sont arrondis. Son revêtement péritonéal, aux points où il n'est pas collé aux tampons, est clair et transparent. Le tissu hépatique qui surgit par-dessus la couche entamée est épais et n'a pas une structure clairement accineuse. On y voit des taches vert jaunâtre alternant avec des taches plus jaunes.

La veine porte le traverse ainsi que la veine cave. Les deux reins sont ictériques, quoique intacts pour le reste, de même les capsules surrénales et le pancréas.

Dans le gros intestin des masses fécales molles et blanc gris ; léger gonflement des follicules, muqueuse intacte.

Dans l'estomac contenu liquide, muqueuse pâle avec des déchets putrides, gros comme des lentilles. Il y a un léger gonflement du tissu glandulaire.

Diagnostic anatomique. — Anévrisme de l'artère hépatique gros comme une pomme. Compression du canal hépatique avec dilatation de ce canal et de ses branches dans le foie. Imprégnation biliaire. Ictère du foie. Ictère généralisé violent.

Hyperhémie et œdème du poumon avec la structure d'une faible pneumonie biliaire ; bronchite catarrhale.

Laparotomie. — Extirpation de la vésicule biliaire.

OBSERVATION XXX

(Babington. — *In Drasche Wiener medizinische Wochenschrift*, 1880, no 37.)

F..., vingt-cinq ans, prostituée, fut prise subitement d'hématémèse et de selles sanglantes ; pendant plusieurs mois, ces

phénomènes avaient été précédés de douleurs dans la région épigastrique.

L'autopsie révéla un anévrisme de l'artère hépatique avec rupture dans le duodénum.

OBSERVATION XXXI

Ross et Osler. — *Case of aneurism of the hepatic artery with multiple abscess of the liver* (Canada med. and surg. Journal, juillet 1877, anal. in *Revue de Hayem*, XI, p. 470).

H..., âgé de vingt et un ans, de bonne santé habituelle, a commencé à être souffrant le 1^{er} septembre 1876. Il se plaignait d'une forte douleur à l'estomac, suivie d'un violent frisson et de sueurs. Des accès fébriles du même genre se produisirent d'une façon périodique, en même temps que la santé générale s'altérait et que la peau prenait une teinte terreuse. Il se joignit à ce phénomène une sensibilité habituelle de la région hépatique.

À son entrée à l'hôpital il était pâle et fatigué, mais sans ictère. Le foie descendait à 1 pouce au-dessous des fausses côtes ; l'épigastre était tendu et douloureux, la langue sèche, les selles décolorées et fétides ; les urines foncées et brunes sans mélange de bile ni d'albumine. Les autres organes étaient sains, sauf un léger degré de congestion pulmonaire.

Traitement. — Un gramme de sulfate de quinine le soir.

Bientôt on constata que, malgré une détente dans les symptômes fébriles, l'état local du foie empirait, il devenait de plus en plus volumineux et douloureux. Les transpirations étaient fétides et l'appétit nul ; la peau plus terreuse (calomel, acide chlorhydrique dilué, régime lacté). Enfin la faiblesse fit des

progrès s'accompagnant de douleurs profuses et le malade succomba dans le collapsus.

Autopsie. — Foie volumineux pesant 4.880 grammes. Péri-hépatite de voisinage. Sur une coupe, apparaissent de nombreux foyers suppurés d'un blanc jaunâtre, sous forme de noyaux innombrables disséminés dans le parenchyme, surtout vers le lobe droit, les uns remplis de bile, la plupart sans mélange avec ce liquide.

Les voies biliaires sont relativement peu altérées ; la vésicule biliaire est remplie de bile, mais l'origine du canal cystique est en partie oblitérée ; le canal cholédoque est libre, un peu distendu par de la bile.

Les veines mésentériques, spléniques et gastriques ne renferment aucun caillot, mais le tronc même de la veine porte contient un petit abcès nodulaire : tout autour le tissu hépatique est infiltré de pus.

La lésion la plus curieuse s'observe au niveau du hile du foie. En ce point paraît une masse indurée, prise d'abord pour un ganglion, mais qu'une dissection plus attentive montre constituée par un anévrisme de l'artère hépatique un peu avant sa bifurcation. La poche anévrismale est d'abord remplie de caillots fibrineux et stratifiés et ne communique avec le reste du système circulatoire que par un pertuis étroit. Cette dilatation pénètre dans le parenchyme hépatique, qui a subi à son pourtour l'inflammation suppurative.

Les autres artères sont normales et l'artère hépatique elle-même ne semble pas préalablement altérée. Il n'y a pas d'athérome.

OBSERVATION XXXII

(Weinlechner. — *Aertzlicher Bericht des K. allgemeinen Krankenhauses zu Wien.*)

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune individu atteint depuis une quinzaine de jours d'ostéomyélite du fémur et qui succomba subitement à la suite de la rupture d'un anévrisme de l'artère hépatique.

OBSERVATION XXXIII

Bindo de Vecchi. — *Anévrisme de l'artère hépatique*
(*Bull. d. Soc. med. de Bologne*, 1905-1908, 367-383).

Jean P..., quatre-vingt-trois ans, valet de chambre. Rien d'important du côté de l'hérédité familiale. Le malade, dans sa jeunesse, n'a pas fait de travaux fatigants, bien qu'il ait mené une vie très active. Il habitait toujours des locaux hygiéniques ; sa nourriture était saine et copieuse. Il n'a jamais été buveur ; par contre discret fumeur. Il est marié, il a un fils. Des maladies antérieures, ses parents ne se rappellent que d'une pneumonie grave qu'il a eue à soixante-treize ans.

Le 1^{er} janvier de cette année il a été pris d'un mal subit qui le fit tomber par terre. Relevé par ses parents, ceux-ci voient une paralysie du côté droit du corps. Inconscience complète, perte de fèces et d'urines.

Remis le 4 janvier à l'hôpital Meggior de Bologne, on constate une paralysie du membre inférieur droit, paralysie complète du membre supérieur droit, paralysie du facial supérieur

et inférieur droit. Les réflexes plantaires superficiels sont faibles à droite mais avec une légère extension de l'orteil (phénomène de Babinski).

Les jours suivants, il n'y avait pas d'élévation de température; il resta toujours conscient; l'urine montra quelques traces d'albumine, de rares globules blancs et de rares cellules desquamées des voies urinaires primaires.

15 janvier. — Il avait une respiration périodique et il mourut le 16 à 1 heure de l'après-midi.

Diagnostic clinique. — Hémorragie cérébrale.

Le foie. — Le foie se présente un peu diminué de volume, avec des bords antérieurs tranchants, une superficie lisse, de couleur brune. Au bord, le parenchyme est d'un aspect un peu marbré, tendant au jaune verdâtre; les vaisseaux veineux sont riches en sang. La vésicule biliaire est contractée, de couleur blanc nacré, a une forme globuleuse dans sa partie antérieure; si on l'ouvre par une coupe longitudinale on voit: les parois épaissies, la muqueuse tuméfiée, de couleur brune, enduite d'un liquide jaune un peu filant. Dans la cavité on ne trouve pas de bile, dans sa partie antérieure il y a un calcul gros comme une cerise, régulièrement sphérique, granuleux, brun, qui montre au bord différents traits jaunes et bruns. Les canaux cystique et cholédoque ont une muqueuse tuméfiée hyperhémique; les canaux hépatiques ne montrent pas d'altérations appréciables.

A l'inspection de la région du hile on note, en dessous du canal hépatique, un corps arrondi gros comme une cerise qui, à la pression, se montre rempli de bosselures, est mobile sur les tissus se trouvant au-dessous, de consistance dure et friable comme du verre. Après avoir préparé la région on voit que ce

corps est dû à une dilatation en sac, de l'artère hépatique droite, survenue subitement au-dessus de la division de l'artère hépatique dans ses deux branches terminales, là où se dégage l'artère cystique. La forme intérieure du petit anévrisme n'est pas parfaitement sphérique comme il apparut à première vue, mais allongée. La dilatation est plus développée vers le côté gauche et vers la partie qui est en contact avec le parenchyme hépatique ; le côté droit, moins dilaté, est comme subdivisé par un sillon transversal.

L'artère cystique se détache de la paroi supérieure de l'anévrisme et ne présente pas de dilatation.

La partie de l'artère hépatique droite, supérieure à l'anévrisme, présente des dilatations partielles jusqu'au point où on peut la suivre. L'anévrisme principal et l'artère le surmontant sont fragiles et incrustés de taches de nature calcaire. La portion de l'artère au-dessus de la dilatation et la branche gauche ne sont pas dilatées et ne présentent pas de taches calcaires sur leurs parois.

J'ai essayé, avec des minces ciseaux, d'ouvrir le sac anévris-matique et la ramification de l'artère hépatique ; cette opération, au point où l'artère montrait sa plus grande dilatation, détacha toute la partie supérieure de l'anévrisme qui était formée d'une plaque calcaire.

L'artère hépatique droite, avant de déboucher dans l'anévrisme, ne présente pas de lésions visibles de l'intima. Au point limité entre l'artère de calibre normal et l'anévrisme on note comme un bourrelet dur, relevé, qui forme pour ainsi dire une marche entre la lumière artérielle et le sac qui était développé relativement à celui-ci, latéralement à gauche et postérieure-

ment. Les parois extérieures du sac présentent d'autres reliefs correspondant aux plaques calcaires.

Comme on l'a vu déjà par l'examen externe, l'artère se présente plus dilatée dans la partie distale que dans la partie proximale, et la dilatation n'est pas uniforme mais formée de multiples petites dilatations; la paroi interne présente quelques taches relevées jaunâtres et un peu d'autres blanchâtres, dures, calcaires, à environ 2 cm. $1/2$ de l'anévrisme, un peu avant que l'artère hépatique s'insinue dessous pour se dresser dans le parenchyme hépatique. Sur la paroi interne de l'artère, on peut observer un mince filet fibreux qui traverse pour ainsi dire complètement le vaisseau.

Il a une direction de haut en bas et de gauche à droite, de l'épaisseur des plus minces tendons valvulaires cardiaques, il a une couleur blanc nacre et des bases d'implantation conique, il est long d'environ 1 centimètre ou un peu plus.

Dans toute la proximité de l'implantation de cet étrange filet fibreux, la paroi interne du vaisseau n'est pas particulièrement altérée; au contraire, elle est lisse, mais la lumière de la vésicule est pourtant en quelques points distinctement dilatée.

Après avoir fait ces constatations, j'ai voulu examiner s'il existait des dilatations dans d'autres vaisseaux du corps; mais mes recherches dans les vaisseaux des viscères et les premières ramifications artérielles me donnèrent des résultats négatifs; j'ai retrouvé, par contre, des plaques abondantes, athéromateuses dans le tronc cœliaque, dans les artères mésentériques, dans l'artère splénique.

Diagnostic anatomique. — Hémorragie récente dans les ganglions cérébraux de gauche. Pachyméningite adhésive. Atrophie cérébrale sénile. Atrophie brune du myocarde. Athé-

romasie diffuse, grave, de tout le système artériel. Pleurésie chronique bilatérale. Bronchite chronique. Atrophie sénile de la rate. Néphrite interstitielle chronique. Périhépatite chronique. Atrophie pigmentée du foie. Calculs biliaires. Cholécystite muco-purulente. Péricholécystite chronique. Anévrisme de l'artère hépatique.

OBSERVATION XXXIV

(Livierato. — *Gazz. d. osp. Milano*, 1906, XXVII, 593-595.)

M. A..., vingt-huit ans, cantonnier, célibataire, entre à la clinique le 23 mai 1905.

Anamnèse familiale. — Le père est mort à un âge avancé de pneumonie; la mère d'une maladie de cœur, les frères et sœurs vivent et se portent bien; il n'y a pas de maladie prédominante dans la famille.

Anamnèse personnelle. — Il n'avait pas eu les maladies communes de l'enfance. Il y a quatre ans, il a été admis à l'hôpital pour une pneumonie fibrineuse droite. Dès ce moment, jusqu'à aujourd'hui, il n'a pas eu de maladie grave, sauf de faibles catarrhes bronchiques qui se répétèrent chaque hiver. Les occupations étaient toujours celles de cantonnier. Il abusait du vin en buvant habituellement plus de 2 litres par jour, il était fumeur modéré et n'a jamais eu de syphilis.

Anamnèse la plus proche. — La maladie actuelle débuta brusquement le 22 mai avec des frissons répétés suivis de fièvre; des points du côté droit, en arrière; malaise général; faiblesse générale; toux avec crachats visqueux de couleur rose. Les douleurs du côté devinrent plus fortes, s'étendirent aussi à la région interscapulaire droite; la toux s'accroissait de plus en

plus et l'expectoration augmentait en quantité et devint de couleur rouille. Le malaise général augmente aussi, il s'ajoute une dyspnée assez intense et des sueurs profondes.

A l'examen pratiqué à son entrée on trouve: température 38 degrés. Pouls 117. Respiration 44.

A l'appareil respiratoire, à droite, légère augmentation du frémissement vibratoire. Respiration bronchiale, râles crépitants.

Le foie se palpe un peu au-dessous de l'arc costal, la rate est dans des limites normales.

Le lendemain les faits locaux de l'appareil respiratoire n'ont pas varié; il s'ajoute une respiration âpre au lobe gauche supérieur et de la dyspnée; la toux et la fièvre augmentent; on répète l'examen des urines et on rencontre des traces d'albumine. A l'examen au microscope rien d'important. L'examen microscopique de l'expectoration montre la présence des cellules du plancher buccal, des cellules de l'épithélium trachéo-bronchial, des globules blancs et rouges, des diplocoques encapsulés des *coni communi*.

Le sixième jour de la maladie commencèrent à se manifester les premiers symptômes de l'amélioration. En effet, la température est moins élevée, la dyspnée est beaucoup moins intense, de même la toux; les crachats sont abondants, liquides, de couleur à peine rosée.

31 mai. — Le dixième jour de la maladie les conditions générales du malade s'améliorent toujours et les faits locaux à l'appareil respiratoire aussi. Il reste seulement une respiration légèrement âpre, spécialement à la base de droite, avec quelques râles diffus. Le malade quitte le lit et reste levé toute la journée en se promenant dans la salle. Il fait de même le

jour suivant quand, à 6 heures du soir, il est pris de fortes douleurs de l'abdomen et fut forcé de se coucher. Les douleurs diminuent un peu après une administration de laudanum, mais dans la nuit, vers minuit, elles reprirent plus fortement et cette fois étaient accompagnées de nausées et de vomissements, de matières alimentaires ; le médecin de garde accourut et constata les symptômes d'une anémie aiguë très grave, fit de suite la cure indiquée que le cas réclamait, mais le malade mourut après quelques instants.

Autopsie. — L'autopsie du cadavre a été pratiquée le jour suivant par le docteur de l'Institut d'anatomie pathologique (Profes. Fabbris).

Le cœur est de volume normal, un peu efflanqué, rien de pathologique aux orifices et aux valvules. L'endocarde est anémique, sans trace d'autres lésions.

L'aorte ascendante est lisse, l'épaisseur normale, sans plaques de dégénération ou d'athérome.

Dans la cavité abdominale il y a quantité notable de sang libre, extravasé récemment, en partie liquide, en partie coagulé, en caillots volumineux foncés. La plus grande quantité de ceux-ci se trouvent dans l'hypochondre gauche.

La rate se trouve dans sa position normale, sans adhérence. Son volume est physiologique.

Le péritoine viscéral et pariétal est partout normal, sauf à l'endroit correspondant au ligament hépato-duodénal ou près du hile du foie ; on note une issue avec un petit orifice duquel sort du sang par compression

Le tissu sous-péritonéal voisin est infiltré de sang. La veine porte ne présente aucune altération, ni dans son tronc principal, ni dans ses ramifications. L'artère hépatique est dans une

position normale. Là où elle arrive dans le voisinage du hile du foie, elle se dilate subitement dans une cavité remplie de sang. Cette cavité artérielle communique avec le trou qui va dans la cavité péritonéale. Dans la partie la plus dilatée du sac, on ne réussit pas à mettre en évidence les parois artérielles. On note deux grands cordons qui correspondent aux deux troncs de l'artère hépatique. En coupant transversalement ces deux cordons, on voit qu'ils sont limités à l'extérieur, dans toute leur périphérie, par une mince lisière blanc grisâtre, compacte, qui est la paroi artérielle dilatée.

A l'intérieur, il y a une masse thrombosique plutôt molle, spécialement au centre.

La lésion continue, décroissant dans l'intérieur du foie, et en pénétrant dans le sac avec une petite sonde et en traversant un des deux cordons, on pénètre dans les branches artérielles plus petites qui présentent des infiltrations de sang plus récentes et des épaissements de leurs parois avec thrombose partielle.

Cette altération est limitée aux plus grandes ramifications de l'artère hépatique dans l'intérieur du foie.

Le parenchyme hépatique est parfaitement normal.

L'aorte et les principales branches artérielles (tronco-cœliaque mésentérique, rénale, gastro-épiploïque splénique, carotide et fémorale) ne présentent aucune altération.

Le diagnostic anatomique est : anévrisme sacciforme de l'artère hépatique, thrombose des ramifications plus importantes dans le foie, avec usure du ligament hépato-duodénal.

OBSERVATION XXXV

(Alessandri. — *Bulletin de Sc. Accad. med. di Roma*,
1906, XXXII, 63-76.)

F.-D. G..., vingt-deux ans, célibataire de Bellemare (Aquila), caporal d'infanterie.

Rien dans la famille et les consanguins. Il avait eu quelques fièvres de malaria dans son enfance; à part cela a joui d'une bonne santé, n'a jamais eu de maladies vénériennes ni syphilis, n'est pas buveur, seulement dans les derniers mois de 1905 il s'était enivré quelquefois.

Janvier 1905. — Il eut une pneumonie droite qui guérit après huit jours, sans complication. Dans la convalescence, sans troubles et sans causes apparentes, seulement avec des grandes douleurs épigastriques, il devint ictérique. Il n'eut pas de fièvre. Mis à la diète, au lait, il s'améliora et après vingt jours fut renvoyé en permission. Là pourtant l'ictère s'aggrave et le malade dépérit. Pas de fièvre ni de douleurs, seulement du prurit désagréable.

En mars il eut de graves douleurs épigastriques et il paraît que celles-ci irradiaient dans le dos, mais très passagèrement et le malade s'en rappelle à peine.

Comme l'ictère persiste, il entre à l'hôpital de la polyclinique (prof. Schupfer).

L'examen objectif ne donne rien d'anormal, excepté l'ictère intense avec selles décolorées et urines fortement colorées.

Le foie est légèrement agrandi, à bords lisses plus consistants qu'à la normale, et dans la région correspondant à la vésicule

biliaire, une tuméfaction arrondie, saillante, dilatée, molle, élastique, non douloureuse. Il y avait une anémie légère. Jamais de douleurs.

Malgré la diète et les médicaments opportuns l'ictère continua.

23 avril. — Après des palpations répétées, il y eut de la diarrhée et les selles étaient de la couleur de la poix, ce fait se répète les deux jours suivants.

Je fus alors appelé par mon collègue pour voir le malade, et vu la persistance de l'ictère, vu le melaena survenu, vu le progrès de l'affaiblissement, on décida une intervention chirurgicale avec diagnostic d'occlusion des voies biliaires, probablement par une tumeur ulcérée comprimant le cholédoque.

29 avril. — Je fis une laparotomie latérale; j'ai trouvé la vésicule biliaire gonflée, dilatée; on ne palpaît aucune tuméfaction. Vers le duodénum, l'exploration de la cavité de la vésicule était impossible par la tension de ses parois; une ponction donna un liquide noirâtre; incisée, la vésicule se trouva remplie de coagulations sanguines que j'ai enlevées, mais en arrivant avec le doigt vers le col, il se produisit une forte hémorragie artérielle arrêtée par un tamponnement immédiat, mais qui à cause de l'état du malade, oblige à suspendre l'opération.

Je pensai de suite à la possibilité d'un anévrisme de l'hépatique qui s'était ouvert dans la vésicule biliaire, et me proposai de faire la ligature de l'artère si les conditions du malade me l'avaient permis, mais avec des signes de faiblesse progressive, le malade mourut le 4 mai, cinq jours après l'intervention.

Autopsie (Prof. Schupfer). — La pièce anatomique est très intéressante.

Le foie est augmenté de volume et de consistance, est parfaitement lisse sans trace de cicatrice, d'une coloration fortement ictérique, vésicule biliaire, saillante, ouverte et bouchée de gaze. Sous son col on voit une tumeur irrégulièrement sphérique de la grosseur d'un œuf de poule, qui s'étend entre le lobe carré et celui de Spiegel, se portant ensuite vers le lobe gauche où elle forme une nouvelle tumeur de forme ovale et de la grosseur d'un petit œuf de poule, la longueur totale de la tumeur est de 10 centimètres, la largeur du côté droit est de 5 centimètres, du côté gauche 3 centimètres. Sectionnée longitudinalement, la tumeur semble être due à une dilatation anévrismatique de l'artère hépatique et présente sa plus grande dilatation dans la partie qui, extérieurement, semble plus petite, étant en partie recouverte du lobe carré et de celui de Spiegel. La partie gauche et médiane de l'anévrisme ne présente pas de coagulations ; par contre, dans le côté droit, dans la partie la plus voisine, la paroi du sac est tapissée de coagulations rougeâtres stratifiées très adhérentes. L'artère hépatique sectionnée aussi longitudinalement montre une superficie lisse, des parois minces, un diamètre de 10 et 12 millimètres. 17 millimètres de l'origine de l'artère coronaire supérieure droite, l'hépatique présente un repli de l'intima à partir duquel commence la dilatation de l'anévrisme et l'épaississement des parois. L'anévrisme comprend une partie du tronc de l'artère hépatique et sa branche droite à 2 ou 3 centimètres du repli subit de l'intima ; on voit l'origine de l'artère gastro-duodénale, qui est d'aspect et de calibre normal, et à 3 ou 5 centimètres du repli même, l'orifice de la branche gauche de l'artère hépatique, elle aussi d'aspect et de calibre normal, sauf que le point

de son origine est un peu rétréci par un petit pli de l'intima de l'anévrisme.

Le diamètre de l'anévrisme, à la distance de 1 cm. 5 de son point d'origine, est de 5 centimètres, à son point le plus large 7 centimètres. La paroi du sac dans les parties sans coagulation se présente partout épaissie mais non uniformément, d'aspect charnu, luisant. Le plus grand épaississement est dans le voisinage du point où l'anévrisme communique avec le canal hépatique et là l'intima se voit soulevée, disséquée, et toute la partie à droite de ce point a des parois plus minces.

Du reste l'anévrisme n'a pas d'intima et est recouvert de coagulations rougeâtres stratifiées, donnant l'apparence d'un anévrisme disséqué formé aux dépens de la paroi de l'anévrisme.

La branche droite de l'artère hépatique est ouverte et dans la partie intra-hépatique présente une structure normale.

Le cholédoque a l'aspect physiologique ; les branches intra-glandulaires de l'hépatique, par contre, sont très dilatées.

La veine porte et la veine cave sont d'aspect et de structure normaux.

L'examen histologique du sac anévrisimal a donné des faits évidents de méso et endo-artérite ; il ne s'y trouvait de micro-organisme d'aucune sorte.

OBSERVATION XXXVI (Tuffier)

F..., soixante-douze ans, entre aux premiers jours d'octobre 1907 dans le service du Dr Troisier, à l'hôpital Beaujon. Il y reste trois semaines, au bout desquelles il passe dans le service du Dr Tuffier avec le diagnostic de cancer du pancréas à opérer.

Dans les antécédents héréditaires du malade on ne relève rien de spécial ; lui-même n'a jamais eu de maladie antérieure. Depuis l'âge de trente-deux ans, il est porteur d'une hernie inguinale gauche, irréductible, ne lui causant jamais aucune gêne. Il a eu trois enfants qui sont bien portants.

Un matin, en se réveillant (il y a de cela six semaines), il s'aperçoit qu'il est devenu jaune. Le malade insiste sur le fait que sa jaunisse a débuté brusquement, sans qu'il ait éprouvé le moindre trouble digestif.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il ne se plaint que de dégoût pour la viande et les matières grasses, il n'éprouve pas de douleurs et ne se trouve pas amaigri. Ses matières sont décolorées. Il éprouve quelques démangeaisons. Les urines sont assez abondantes (le malade boit beaucoup), mais elles ne contiennent ni sucre ni albumine. L'épreuve de Sahli a été faite ; elle est positive.

A l'inspection le malade présente un ictère foncé de la peau et de la conjonctive. Une légère voussure de l'hypochondre droit est visible au niveau de la vésicule biliaire.

A la palpation la vésicule semble grosse, mobile avec la respiration, de consistance dure.

La percussion fait constater de la sonorité au niveau de la voussure.

L'opération est pratiquée par M. Tuffier le 29 octobre 1907.

Sous chloroforme, le chirurgien pratique une incision transversale presque parallèle aux côtes, en partant de la ligne médiane.

Entre la face inférieure du foie d'une part et la petite courbure de l'estomac continuée par la première portion du duodénum d'autre part, apparaît une tumeur arrondie.

Ce n'est pas la vésicule biliaire, car cette dernière apparaît en haut et à droite de la tumeur, lui adhérent d'ailleurs.

Cette tumeur présente un bord droit, absolument libre, et sous lequel on peut introduire le doigt dans l'hiatus de Winslow et dans le vestibule de l'arrière cavité. La tumeur est soulevée par le doigt ; elle est donc comprise dans le ligament gastro-hépatique.

A sa surface apparaissent deux masses noires, grosses comme un petit pois, qui sont enlevées pour être examinées au microscope.

Un trocart est enfoncé dans la tumeur, la pointe rencontre des masses solides, il ne s'écoule aucun liquide.

M. Tuffier incise alors la coque et découvre une masse jaunâtre, rappelant un vieux kyste hydatique. Puis, passant le doigt entre le contenant et le contenu, il extirpe une masse jaune de la grosseur d'un œuf de poule. Cette masse est tout simplement un caillot feuilleté qui fait penser à l'anévrisme. L'incision est prolongée ; un flot de sang jaillit en même temps que le chirurgien évacue des caillots anciens stratifiés, parsemés de plaques calcaires.

Le sang jaillit au niveau de la partie moyenne de la paroi postérieure ; le pédicule gastro-hépatique est soulevé sur le doigt et comprimé ; puis l'orifice artériel est pincé. Un catgut est placé autour à l'aide d'une aiguille, mais on est obligé de s'y reprendre à deux fois, la paroi étant extrêmement friable. Il s'agit donc bien d'un anévrisme sacciforme de l'artère hépatique à sa partie moyenne.

L'extirpation de la poche est impossible. Elle adhère à la veine porte et au cholédoque ; seule la portion antérieure est réséquée, et le reste est marsupialisé à la peau.

Un drain est placé dans la poche, un autre dans le péritoine, sous la poche.

Le soir de l'opération, température axillaire 37°5. Pouls 75.

30 octobre. — Le malade est très faible malgré le sérum et l'huile camphrée. Il tousse et crache abondamment. Le pansement ne contient pas de sang, mais il est en revanche fortement imbibé de bile.

La température s'élève à 38 degrés. Le pouls à 100.

31 octobre. — Il semble se produire une légère amélioration. L'ictère augmente cependant, et la bile coule toujours abondamment par le drain qui vient du péritoine.

1^{er} novembre. — Écoulement considérable de bile, l'ictère devient vert foncé.

Le malade meurt dans la nuit du 1^{er} au 2 novembre.

Autopsie pratiquée trente-six heures après la mort par le Dr Villandre.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne constate pas de péritonite, mais il existe, sous le foie, à droite une grande quantité de liquide biliaire (1/4 de litre environ).

Le foie paraît petit, atrophié.

L'estomac est très dilaté, descendant au-dessous de l'ombilic.

Le grand épiploon est adhérent au côlon transverse, et ramassé en une masse médiane qui attire en bas le côlon transverse.

Il existe une hernie inguinale gauche, volumineuse.

Les reins sont normaux.

La poche anévrismale s'est développée dans la portion verticale de l'artère hépatique, dédoublant le petit épiploon, elle repousse à droite, en l'entourant, le canal cholédoque

la veine porte non entourée est tout simplement rejetée en arrière.

En hauteur, l'anévrisme s'étend jusqu'à la face inférieure du foie en haut ; il repousse en bas le duodénum et le pancréas. Ce dernier surtout est adhérent à la gangue artérielle et il est très difficile de l'en séparer.

La dissection attentive de l'artère hépatique nous a montré que l'anévrisme siégeait au niveau de la portion moyenne de l'artère, entre le point où elle donne la pylorique et la gastro-duodénale et la bifurcation. En somme, il n'occupe qu'une petite hauteur de l'artère hépatique ; c'est un anévrisme sacculaire développé aux dépens de la paroi droite de l'artère. On peut, en effet, suivre assez facilement toute la paroi gauche du vaisseau, ainsi qu'en fait foi le dessin ci-joint.

Les tuniques artérielles, au-dessous de l'anévrisme, sont épaissies et un peu dures, le calibre du vaisseau est anormal ; il est augmenté de près du tiers.

L'orifice d'entrée dans la poche est déchiré par les différentes ligatures qu'on y a placées.

L'orifice de sortie est petit, irrégulier, entouré de plaques calcaires, l'oblitérant presque complètement.

Immédiatement au-dessus, l'artère se bifurque et ses deux branches de bifurcation sont dilatées et les parois sont épaissies. Elles contiennent chacune un caillot qui est cadavérique.

Les branches pyloriques et gastro-duodénales de l'artère sont dilatées ; leurs parois sont calcaires, et, fait très intéressant, pour les trouver, il a fallu les disséquer dans la paroi même de l'anévrisme qui les comprime, comme il comprime d'ailleurs la tête du pancréas.

Cette partie de la glande pancréatique qui contient le cholé-

doque, les canaux de Wirsung et de Santorini, est non seulement comprimée, mais encore envahie par du tissu de sclérose. Aussi observe-t-on un rétrécissement de ces différents canaux. Le cholédoque rétréci et coudé à sa partie inférieure est, au contraire, dilaté dans son tiers supérieur ; il en est de même du canal hépatique et des canaux biliaires intra-hépatiques.

La vésicule biliaire présente, sur son flanc gauche, la trace d'adhérences solides avec la poche anévrysmale. Au milieu de ces adhérences, rompues au cours de l'opération, apparaît un tout petit pertuis par lequel a dû filtrer la bile trouvée dans le péritoine et dans le pansement.

La veine porte, située à la partie postérieure de la tumeur, n'est comprimée ni sur son tronc, ni sur ses branches d'origine.

Le système artériel du sujet a été examiné. Le cœur est gros, hypertrophié ; l'endocarde valvulaire est intact. Au contraire, l'aorte thoracique et l'aorte abdominale portent, de place en place, des plaques d'athérome marquées surtout au niveau de l'origine du tronc cœliaque. L'artère splénique et la coronaire stomachique sont épaissies et dilatées.

OBSERVATION XXXVII (Résumée)

Reichmann. — *Ein fall von an. d'art. hep. Zystenbildung in der Leber.* (Virchow's arch. f. path. anat. Berlin, 1908).

Homme de vingt-six ans, ayant eu diphtérie dans l'enfance. Dix jours avant son entrée à l'hôpital se plaint de douleurs un peu par tout le corps. A l'entrée à l'hôpital, 27 août, fièvre 39° 8. Pouls 90.

Douleur à l'hypochondre droit et au flanc du même côté. Paroi abdominale dure comme du bois. Percussion, rien.

Les jours suivants les douleurs augmentent. Selle teintée en brun le 31 août. Rate un peu augmentée de volume. Séro-diagnostic négatif.

28 septembre. — Les douleurs s'exagèrent brusquement, le malade se lève, tombe comme une masse et meurt. On n'avait pas fait de diagnostic.

Autopsie. — Assez grande quantité de sang dans la cavité péritonéale.

Vésicule biliaire fusionnée avec l'angle droit du côlon. Lobe gauche du foie adhérent au péritoine. La capsule est irrégulière. Lobe droit adhérent à l'épiploon, au pylore.

La vésicule biliaire contient de la bile et des caillots sanguins. A la partie moyenne de la paroi antérieure, perforation du col, située sur une petite tuméfaction du volume d'un haricot.

Cavités dans le lobe droit et lobe gauche du foie, contenant caillots et liquide brun grisâtre, dues vraisemblablement à la nécrose avec formation kystique.

L'artère hépatique porte un anévrisme gros comme un œuf de pigeon, presque complètement thrombosé.

OBSERVATION XXXVIII (Résumée)

(Bickhardt. — *Deutsche Arch. f. Klin. Med.* Leipzig, 1907.)

Femme de soixante-neuf ans. Entre à l'hôpital le 19 septembre 1905 parce qu'elle souffre de vives douleurs dans la

région épigastrique, et qu'elle a vomé plusieurs fois. La température est de 38° 2.

Le paroi abdominale est un peu dure, l'épigastre sensible. La percussion du foie montre un accroissement de volume notable. La rate n'est pas augmentée de volume.

Au trentième jour, après des crises douloureuses successives, la malade sort guérie en apparence. On n'avait pas fait de diagnostic.

16 novembre. — Trois semaines après sa sortie elle rentre de nouveau à l'hôpital, se plaignant de nouvelles douleurs et de vomissements ; la température est normale.

A la palpation de l'épigastre, constatation d'une tumeur ayant le volume d'un poing d'enfant, dépendant du foie. C'est un kyste se déplaçant avec le foie.

5 décembre 1905. — La tumeur a augmenté de volume, on a nettement la sensation de fluctuation.

20 décembre. — Hématémèse, sang rouge, en même temps qu'augmente la tension de la tumeur. Auscultation, souffle systolique.

6 janvier. — Deux hématémèses abondantes, puis hémorragie intestinale (sang liquide et caillots). Le souffle systolique entendu au niveau de la tumeur est devenu plus net ; on sent aussi une légère pulsation de la tumeur.

9 janvier. — Mort.

Autopsie. — Anévrisme de l'artère hépatique, ouvert dans le duodénum. Le lobe gauche du foie a été œdématié à cause de la compression de l'anévrisme sur les vaisseaux veineux.

CONCLUSIONS

L'anévrisme de l'artère hépatique est une affection très rare dont la cause habituelle est une artérite aiguë d'origine infectieuse (pneumonie, fièvre typhoïde).

Il évolue sous forme de tumeur dont le volume importe moins que sa tendance à envahir et à disséquer les organes entrant en connexion avec lui. Ces organes sont principalement les voies biliaires.

Il se rompt le plus souvent dans les conduits excréteurs de la bile et s'accompagne alors de sa triade symptomatique : douleurs, hémorragies dans le tube digestif, se répétant pendant longtemps, ictère par rétention. L'ouverture dans la grande cavité péritonéale est aussi un des modes de terminaison fréquents de l'affection.

En somme, cet anévrisme mène inévitablement à la mort par anémie, plus ou moins rapide, et par insuffisance hépatique, consécutive à l'ictère chronique. Il y a donc lieu de tenter un traitement chirurgical contre cette affection : ligature de l'artère hépatique et extirpation du sac anévrisimal. Or, l'expérimentation sur l'animal nous a montré que la nécrose du foie est totale si l'on a pris soin de lier toutes les collatérales de l'artère hépatique. Cependant, chez

l'homme, Kehr a pu lier l'artère hépatique, extirper l'anévrisme, sans que le malade ait présenté d'autre symptôme grave qu'un petit foyer de nécrose au bord antérieur du foie. Ce succès est dû vraisemblablement à l'existence d'une circulation collatérale assurée par les artères diaphragmatiques et les artères du petit épiploon.

Vu : le Président de la thèse,
CHANTEMESSE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AHRENS. — *Inaug. Dissertat.* Greifswald, 1893.
- ALESSANDRI. — *Bull. d. s. Accad. med. di Roma*, 1906, XXXII, 63-76.
- BABINGTON. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1880, n° 37.
- BERNARD. — Thèse de Paris, 1898.
- BICKHARDT (J.) et SCHUMANN. — *Deutsche Archiv. f. klin. Med.* Leipzig, 1907, XC.
- BINDO DE VECCHI. — *Bull. d. Soc. med. de Bologne*, 1905-1908.
- BORCHERS. — *Inaug. Dissertation.* Kiel, 1878.
- BRION. — *Deutsche artz. Zeit.*, 1901, n° 18.
- BRUNO-MESTER. — *Zeitschrift. f. klin. Med.*, 28, 1895.
- CATON. — *Clinical Society of London*, 28 mai 1886.
- CHIARI. — *Prag. med. Woch.*, 1883, VIII, 33.
- CRISP. — *On structure disease and injuries of the blood Vessels.* Londres, 1847.
- DOYON et DUFOUR. — *Soc. biol.*, 1898, 419-420.
- DRASCKE. — *Wiener mediz. Woch.*, 1880, n° 37.
- DUJARRIER et CASTAIGNE. — *Bull. soc. anat. Paris*, 1899, 329.
- EHRHARDT. — *Soc. méd. Berlin. Analysé in Sem. méd.*, 16 avril 1902.
- GRUNERT. — *Deutsche Zeits. f. Chir.*, 1904, LXXI, p. 158.
- HALE WITTE. — *British. Med. journal*, 1893, p. 33.
- HANSSON. — *Hygiæa*, 1897.
- HESCHL. — Cité par Drascke.
- JACKSON. — *Med. Mag. Boston*, III, p. 115.
- KAUFMANN. — *Inaug. Dissertation.* Leipzig, 1868.
- KEHR. — *Münchener med. Woch.*, 1903, I, p. 1861-1867.
- LANCEREAUX. — *Traité des maladies du foie et du pancréas*, 1899.
- LEBERT. — *Traité anat. path.*, t. I, p. 322, 1861.
- LEDIEU. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1856, p. 115.

- LIVIERATO. — *Gazz. d. op. Milano*, 1906, XXVII, 593-595.
- NIEWERTH. — *Inaug. Dissertat.* Kiel, 1894.
- PEARSON IRWINE. — *The Patholog. Society*, 20 nov. 1877.
- QUINCKE. — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1871, n° 30.
- REICHMANN. — *Virchow's Archiv. f. path. anat.* Berlin, 1908.
- ROLLAND (W.). — *Glasgow. M. J.*, 1908.
- ROSS et OSLER. — *Canada med. and surg. Journ.*, 1877, analysé in *Revue de Hayem*, t. XI, n° 470.
- SACHS. — *Deutsche med. Woch.*, 1892, 443.
- SADLER. — Cité par Bindo de Vecchi.
- SAINTON. — *Bull. soc. anat.*, 2 mai 1896.
- SAINT-VINCENT. — Communiqué par le Dr Keraudren (*Journal Universel des Sc. méd.* Paris, 1820, XVIII, 230-232).
- SAUERTEIG. — *Inaug. Dissertat.* Iéna, 1893.
- SCHMIDT. — *Deutsche Archiv. f. klin. Med.*, LII, 5 et 6 et *Gaz. méd.* Paris. 1894, p. 415.
- SCHUPFER. — *Gazz. d. ospedali.* Milano, 1906, t. II.
- SESTIÉ. — *Soc. anat.*, 17 mars 1833.
- SOJECKI. — *Inaug. Dissertat.* Würzburg, 1904.
- SOMMER. — *Prag. Med. Woch.*, 1902, XXVII, n° 38.
- STANDHARTNER. — *Bericht des Wiener Allgemeinen Krankenhauses*, 1875.
- STOKES. — *The Dublin Journal of med.*, 1834, p. 400, n° 15.
- TUFFIER. — *Presse médicale*, février 1909.
- UHLY. — *Inaug. Dissertation.* Leipzig, 1868.
- VILLANDRE. — *Archives générales de Chirurgie*, janvier 1909.
- WAETZOLD. — *Münchn. med. Woch.*, 1906.
- WALLMANN. — *Virchow's Archiv.*, 1858, Bd XIV.
- WEINLECHNER. — *Aertztlicher Bericht des Koenig. allg. Krank. Wien.*, 1882.
- WILSON (J. A.). — *Med. chir. Trans.* London, XXIV, 1841, p. 230.

